Néstor A. Braunstein

CLASIFICAR EN PSIQUIATRÍA

Néstor A. Braunstein

CLASIFICAR EN PSIQUIATRÍA

psicología

y

psicoanálisis

DIRIGIDA POR OCTAVIO CHAMIZO

CLASIFICAR EN PSIQUIATRÍA

por

NÉSTOR A. BRAUNSTEIN

siglo
veintiuno
editores

MÉXICO
ARGENTINA

grupo editorial
siglo veintiuno

siglo xxi editores, méxico
CERRO DEL AGUA 248, ROMERO DE TERREROS,
04310 MÉXICO, DF
www.sigloxxieditores.com.mx

siglo xxi editores, argentina
GUATEMALA 4824, C 1425 BUP
BUENOS AIRES, ARGENTINA
www.sigloxxieditores.com.ar

salto de página
ALMAGRO 38, 28010
MADRID, ESPAÑA
www.saltodepagina.com

biblioteca nueva
ALMAGRO 38, 28010
MADRID, ESPAÑA
www.bibliotecanueva.es

anthropos
DIPUTACIÓN 266, BAJOS,
08007 BARCELONA, ESPAÑA
www.anthropos-editorial.com

Clasificar en psiquiatría

© D. R. Braunstein, Néstor A.

México : siglo xxi editores, s. a. de c. v., © 2013

ISBN: 978-607-03-0466-8

Conversión eBook:

Information Consulting Group de México, S.A. de C.V.

PRÓLOGO

HABER SIDO UN PRECURSOR

Regreso aquí a los comienzos de mi obra en torno a concepciones que presumen de ser "científicas" y aspiran a dar fundamentos a la psicología y la psiquiatría. Me refiero a los usos y a la crítica de la noción de "personalidad", firmada por Frida Saal en el capítulo 13 de Psicología: ideología y ciencia,[1] y a los tres capítulos escritos entre 1977 y 1979 con el título de "Clasificar en psiquiatría", incluidos en un difundido volumen cuyo subtítulo era significativo además de premonitorio: Hacia Lacan.[2]

Tienen que pasar décadas de olvidos y de referencias ajenas para que uno caiga en la cuenta de que ha sido, sin pretenderlo ni darse cuenta, un precursor. Pues, claro está, nadie es antepasado en el momento de fundar un linaje o escribir un texto que acabará por ser pionero en un tema determinado, sea o no reconocido por otros. Pero sí es fundador quien pone la piedra basal de un edificio. No se trata de autoglorificarse. Por cierto que no fui yo el primero en observar la incongruencia interna de las clasificaciones psiquiátricas y el obvio proyecto ideológico y político que las sustentaba. Cuando escribí mis observaciones sobre el tema tenía muy presentes los textos del ahora recientemente fallecido Thomas Szasz (1920-2012) y los cité oportunamente[3] sin dejar de criticar lo que me parecían debilidades del pensamiento "antipsiquiátrico" que él representaba ([1979], op. cit., pp. 34-42). Otros varios autores me habían precedido en ambas impugnaciones dirigidas a esos gemelos contrapuestos que son la psiquiatría y la antipsiquiatría de los años sesenta y setenta.

Los intentos taxonómicos de la Organización Mundial de la Salud (Clasificación Internacional de las Enfermedades —CIE-9 de 1975, implementado en 1979) y la Asociación Psiquiátrica de Estados

Unidos (Manual de Estadísticas y Diagnósticos— DSM-II, de 1968) ostentaban una comicidad involuntaria con tapizado, maquillaje y barniz científicos que ocultaban la tragedia de un encasillamiento de los seres humanos por parte de los médicos especializados en la "salud mental" con el pretexto de "clasificar" otra "cosa", algo imprecisamente llamado mental disorders en Estados Unidos e Inglaterra, troubles mentaux en Francia y trastornos mentales en los países de lengua española —todos ellos eufemismos para evitar la vergonzante palabra que los atemorizaba o los desnudaba: "enfermedad mental"—. Las décadas transcurridas desde entonces permiten confirmar que esas críticas a lo que se hacía y se perfilaba en la psiquiatría oficial iban siendo cada vez más pertinentes. El objeto de mi denuncia a la taxonomía de 1977 se fue agravando en los años que siguieron hasta llegar a este 2013 en que se develará la culminación —transitoria— del proceso. Al adoptar un lenguaje más "técnico" el disparate se vuelve más dramático y menos hilarante o divertido; las consecuencias sobre la vida de la gente clasificada más serias, las "ganancias" de las asociaciones profesionales y de la industria farmacéutica más exorbitantes.

Ahora, después de 35 años, puedo ver algunos aspectos de mi historia profesional con una poca de claridad y pasar a relatarla. En 1977, tiempo después de exiliarme de Argentina, ejercía el puesto de médico psiquiatra en la Secretaría de Salud de México, adscrito a la Clínica San Rafael, en donde actuaba como "Director del Servicio de Psicoterapia" en el Centro de Salud Comunitaria de esa institución. Por la notoriedad que había alcanzado el libro del que era coautor y principal responsable, Psicología: ideología y ciencia, fui invitado a participar como uno de los cuatro ponentes en una mesa redonda sobre "Epistemología de la psiquiatría" en un Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica de México de la que fui miembro desde mi llegada al país y que tendría lugar en noviembre en la ciudad de Guanajuato. Puesto a escoger un título y un tema decidí que hablaría de algo que veía florecer a mi alrededor, que ocupaba y preocupaba a los residentes en psiquiatría que seguían mi enseñanza, la primera dada en México en torno a la enseñanza de Jacques Lacan y a la clínica psicoanalítica y psiquiátrica que podía inspirarse en esa doctrina. Ello me decidió a poner como encabezamiento de mi presentación el de este libro: Clasificar en psiquiatría, título que repetí para adjudicarlo a la

primera parte del citado libro Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis. Hacia Lacan, publicado en 1980.

La exposición en Guanajuato en 1977 fue muy celebrada por mis colegas amigos y por los filósofos de la Sociedad Mexicana de Epistemología que fueron a escucharme, pero hizo fruncir el ceño del director general de Salud Mental que compartía conmigo esa mesa de cuatro expositores y de varios funcionarios subordinados a él que me advirtieron atinadamente acerca de las consecuencias que podía sufrir por lo que había osado decir. En la cena de esa noche me hicieron entender y sentir que "había caído en desgracia". Como resultado de esa presentación, cuyos argumentos retomaré y actualizaré en esta obra, después de acusar que mi conferencia había sido "antipsiquiátrica" y "antimexicana", se decidió que se me trasladaría de la Clínica San Rafael ubicada en el sur de la ciudad a una "granja" para "enfermos mentales crónicos" ubicada en el estado de Hidalgo, en un territorio desértico, 40 kilómetros al norte de la ciudad. Por supuesto, ese traslado implicaba una exclusión del establishment psiquiátrico del país y debí renunciar tanto al servicio de psicoterapia como a la enseñanza que dispensaba a los jóvenes psiquiatras de los grandes hospitales psiquiátricos para niños y adultos ubicados también en Tlalpan, Distrito Federal, junto a la clínica donde prestaba mis servicios. Ya nunca volví a ser considerado como miembro de la Asociación Psiquiátrica aunque nunca se me comunicó mi exclusión de ella.

¿Qué había hecho, qué había dicho, que pudiese producir una reacción semejante? En verdad, no puedo hoy pretextar una ingenua ignorancia pues lo sabía entonces y bastante bien. No en vano traía los antecedentes de Argentina de los regímenes militares y la memoria de los intentos para silenciarme a cualquier costo. En mi conferencia comencé por usar como epígrafe, por primera vez —¡y vaya si después he sido imitado!— la clasificación que Jorge Luis Borges hizo de los animales atribuida por el escritor a:

las remotas páginas de cierta enciclopedia china de conocimientos benévolos [donde] está escrito que los animales se dividen en a] pertenecientes al emperador, b] embalsamados, c] amaestrados, d] lechones, e] sirenas, f] fabulosos, g] perros sueltos, h] incluidos en

esta clasificación, i] que se agitan como locos, j] innumerables, k] dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, l] etcétera, m] que acaban de romper el jarrón, n] que de lejos parecen moscas.

A renglón seguido, después de esa cita, inspirada por el uso que de ella hizo Foucault en Las palabras y las cosas,[4] introduje otro epígrafe, la clasificación aprobada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su CIE-9 y refrendada por la American Pychiatric Association en su ahora muy difundido DSM (Diagnostic and Statistic Manual) que estaba entonces en la versión II y dio origen al DSM-III de 1980 del que se vendieron medio millón de copias y fue revisado varias veces hasta 1987. Apuntemos que luego, en 1994 nació el DSM-IV (un millón de ejemplares vendidos, 150 millones de dólares en regalías para la Asociación Psiquiátrica) que está en trance de quedar obsoleto por el anunciado estreno mundial, el 22 de mayo de 2013, del DSM-5 cuyo "éxito" (en tiraje y regalías) superará ampliamente al de las versiones anteriores. Citaba entonces en forma resumida, después de la clasificación de Borges, la de la OMS (WHO, en inglés).

290-294: Psicosis asociadas con síndromes orgánicos cerebrales; 295-299: psicosis no atribuidas a condiciones físicas previamente enunciadas; 300: neurosis; 301: trastornos de la personalidad; 302: desviaciones sexuales; 303: alcoholismo; 304: dependencia a drogas; 305: trastornos psicofisiológicos; 306: síntomas especiales no clasificados en otra parte; 307: perturbaciones situacionales transitorias; 308: trastornos del comportamiento de la infancia y la adolescencia; 309: síndromes orgánicos cerebrales no psicóticos; 310-315: oligofrenias; 316: desajustes sociales sin trastorno psiquiátrico manifiesto; 317: condiciones no específicas; 318: sin trastorno mental; 319: términos no diagnósticos para uso administrativo.

No se puede negar que la contraposición de las dos citas resulta ser "antipsiquiátrica", si por psiquiatría se entiende, no a una rama de

la medicina dedicada al tratamiento de personas que sufren en la vida y pierden la posibilidad de aprender, de trabajar, de experimentar placer, de desarrollar sus posibilidades, sino la especialidad burocrática que asigna a la medicina el monopolio para tratar unas “enfermedades mentales” —que es discutible que las haya pero se presuponen para poder clasificarlas como dignos objetos de la práctica médica— ignorando su especificidad y sus esenciales diferencias con el resto de las “entidades” conocidas como “enfermedades” que giran en el sistema solar de la medicina. [5] En un sentido favorable a la discriminación política de la que fui objeto, yo era antipsiquiatra… para los demás, independientemente de mis críticas a la antipsiquiatría, manifiestas en aquel entonces y que aun ahora sostengo sin dejar de reconocer las razones que dieron pie a ese movimiento. Pero todavía me sigo preguntando en qué mi postura era “antimexicana” aunque bien podía comprender por qué debía ser excluido de cargos oficiales y de la membrecía en la Sociedad Mexicana de Psiquiatría que me había aceptado un año antes después de valorar mis antecedentes. Nadie se molestó en refutarme; la sanción era la única respuesta. Formular una crítica a la racionalidad de la clasificación que se trataba de hacer “oficial” era ser “anti” y la oposición en el interior del dispositivo administrativo, vale decir, disciplinario, de la “salud mental” no podía ser admitida. Y eso sin que hubiese llegado al extremo de proponer el añadido de un nuevo “trastorno mental” a la clasificación de la OMS que hubiera sido: “320: usuarios de la CIE”.

Era y sigue siendo rutilante la analogía formal entre las dos clasificaciones, la anticipadora, genial, de Borges y la burocrática “operacional — funcional — técnica — unificadora — reglamentaria — eficiente — digitalizable” de la OMS. Ese deslumbramiento ante la fabulosa transparencia de la analogía se hace más evidente con las versiones del DSM y de la CIE posteriores a mi exposición en Guanajuato. Era genial Borges pues comienza por donde se debe: a] “lo que pertenece al emperador”, reconoce “n” categorías, incluye lo visible, lo producido por la palabra, lo imaginario, lo transitorio, lo extravagante, lo artificial, lo que la clasificación incluye y hasta un “etcétera” puesto en cualquier parte para que nada se escape. ¿Qué hace el organismo internacional? Tanto y más que eso pues toma el lugar del “emperador”

(¿emperrador?). Es una clasificación de las enfermedades que ni siquiera se ocupa de definir en qué consisten esas enfermedades y también hace un lugar a lo que no incluye, que es autorreferente como la de Borges que tiene la categoría performativa de lo "incluido en esta clasificación", pero la OMS supera al sarcástico escritor y alcanza la perfección cuando añade, desde su jerarquía de organismo oficial, la de todo lo "no incluido en esta clasificación" en los rubros 316 al 319. "Los que acaban de romper el jarrón" de Borges se transformaban en "316: desajustes sociales sin trastorno psiquiátrico manifiesto" y ese diagnóstico se subdividía según el lugar o el ambiente en donde se manifestaba el "desajuste social": el matrimonio, el trabajo, la sociedad y "otros". Y el colmo de la superación de Borges: "318: Sin trastorno mental". Ni al mismísimo Borges se le ocurrió la idea de meter a los animales que no son animales y asignarles una letra o número de código.

Aprovechando el impulso recibido de esos dos epígrafes (Borges y CIE) puestos uno a continuación del otro se integró la primera parte del libro que llevó ese nombre: "Clasificar en psiquiatría". El primer capítulo (1977) era el análisis crítico de la clasificación (pp. 13-28), el segundo (1978) era una acusación, más que una crítica, hacia la antipsiquiatría, ese movimiento de aquellos años del que siempre me mantuve a distancia (pp. 29-43) y el tercero (1979) una discusión de las funciones del discurso taxonómico de eso que preferí llamar "demandas psiquiátricas", es decir, llamadas a la intervención de un profesional supuestamente especializado, que no debían confundirse con los pretendidos "trastornos mentales" que nadie podía o sabía definir (pp. 44-68).

Podría creerse que con la cita de Borges y su comentario había cargado las tintas y buscado rasgos para reírme a bajo costo de textos prestigiosos y mundialmente autorizados allí donde había, hacia 1980, y habría aún, en 2013, un trabajo serio de expertos internacionales. Quiero defenderme de ese cargo y aducir pruebas en favor de mi lectura irreverente. Invitaré hoy al lector a detenerse conmigo en el texto de comparación entre la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10, International Classification of Diseases —ICD en inglés—) construida larga y pacientemente entre 1983 y 1999 cuyos dígitos de indicación de las "enfermedades" aún no acaban de ser unánimemente utilizados en

Estados Unidos. Se esperaba alcanzar ese objetivo para el 1 de octubre de 2013 pero ya se decidió prolongar ese plazo hasta el 1 de octubre de 2014.[6] Por de pronto, ya se discute el siguiente tabulador, el ICD-11, cuya première la Organización Mundial de la Salud anuncia para el año 2015. El propósito para ese futuro es… ¡sorprendente!…:[7] "que cada entidad mórbida (each disease entity) tenga descripciones precisas y sus definiciones sirvan de guía respecto del significado de cada enfermedad en términos humanamente legibles (in human readable terms)" aclarando que ello será un "avance respecto al ICD-10 pues en este último para esas entidades sólo había nombres titulares (in ICD-10 there were only title headings)". ¿Títulos carentes de significado o un palabrerío no humanamente legible?

Para volver a esa vieja historia, sin buscarlo, fui —ya que no el iniciador mundial aunque sí en México— un precursor en una discusión que se hace cada día más encarnizada como oposición a un proyecto que se jacta de ser "científico" al clasificar algo que no se define, no se sabe bien qué es, dónde empieza y dónde termina, "eso" que se da en llamar "trastornos mentales".[8] Nos cabe reformular lo que fue pertinente hace un cuarto de siglo a la luz de las experiencias acumuladas en ese lapso. Además —lo confieso— me plagiaré a mí mismo, cuando lo crea conveniente, retomando aquel texto treintenario y cambiando sin aviso los enunciados sin fastidiar al lector con engorrosas comillas y números de página.

1. ¿QUÉ ES CLASIFICAR?

Valdrá la pena comenzar, antes de entrar en la materia concreta de nuestro discurso, con una especie de flashback referida a la nosología y a la taxonomía de las enfermedades, las "mentales" en particular. Las clasificaciones psiquiátricas tienen una prehistoria que no arranca de los tiempos recientes en que la OMS se propuso una clasificación internacional de las enfermedades inspirada por el modelo inmortal que es la obra del sueco Linneo (1707-1778) en botánica. Lo que no es tan difundido es que Linneo, en 1763, produjo la primera clasificación rigurosa (¿científica?) de las enfermedades, esto es, de entidades que no son naturales sino conceptuales. En rigor, no la primera clasificación sino la segunda, pues fue su obra pionera de taxonomía botánica y zoológica de los seres vivientes la que impulsó a su coetáneo, el francés Boissier de Sauvages de la Croix (1706-1767), también un botánico, a producir una "nosología metódica" que alcanzó su forma definitiva en 1763, distinguiendo 10 clases, 44 órdenes, 315 géneros ¡y 2 400 especies! de enfermedad. En ese mismo año de 1763 Linneo[1] publicó en Upsala su Genera morborum que era una clasificación de las enfermedades que sirvió como antecedente de la obra de Pinel. Éste, Pinel,[2] no se limitó a clasificar sino que complementó la nomenclatura con la descripción diferencial de las "enfermedades". Fue precisamente en el siglo XIX cuando los locos pasaron a ser patrimonio, objeto y problema de la "higiene pública" y encomendados a la medicina. Apareció entonces (después de algunos necesarios precedentes) el manicomio como edificio necesario en todas las grandes ciudades y en todos los países tomando como modelo el "panóptico" carcelario de Bentham y se confió a los médicos ("alienistas") la investigación y la definición de las formas de la locura que antes pertenecían al discurso teológico centrado en la posesión demoniaca y el pecado.[3] Con el asilo y sus encargados tenemos ya instalado un esbozo de lo que llamaremos el dispositivo psi que nos ocupará más adelante. En ese territorio cerrado del "loquero" —a veces campo de concentración,

a veces observatorio de los lunáticos—, en el marco ideológico de la medicina clasificatoria se produjo la distinción de cinco clases fundamentales: melancolía, manía con delirio, manía sin delirio, demencia e idiotismo, propuesta por Philippe Pinel (1745-1826) que publicó en 1801 su Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. El "alienista" francés consideraba estas "vesanias" como un desarreglo de las "facultades cerebrales" —¡ya entonces!— que podía deberse a causas físicas o directamente cerebrales, causas hereditarias y causas morales (como las pasiones intensas y fuertemente contrariadas o prolongadas y los excesos de todo tipo). Esta distinción, con distintos ropajes o disfraces, sigue vigente hoy en día en el pensamiento psiquiátrico en materia de etiología: organogénesis neurológica, tara genética y trastornos psicogenéticos como el tan famoso "trastorno de estrés postraumático" (PTSD, en inglés).

Con el siglo XX llegaron las nuevas clasificaciones que ampliaban el campo e incorporaban nuevas categorías. El adalid de esa nueva psiquiatría basada en la descripción de los trastornos o enfermedades, fue Emil Kraepelin (1856-1926) con ya ¡14! categorías. Él sistematizó el campo de las psicosis (término que se incorporó al vocabulario médico en 1856), incluyó la dementia praecox (que acabó siendo sustituida por el vocablo acuñado en Suiza en 1911 por Bleuler, "esquizofrenia") e incluyó un capítulo para las "personalidades psicopáticas" que habrían de transformarse en el hoy amplio espectro de "trastornos de la personalidad". Es interesante resumir el sistema kraepeliniano para intentar un análisis comparativo con la CIE y comprobar que las modificaciones producidas en el siglo (1913-2013) no recaen sino sobre los detalles.

Para comenzar, un detalle, insignificante por el momento. Las categorías de Kraepelin están ordenadas de modo nominal, correspondiendo un número romano, desde el I hasta el XIV a cada una. Vemos en primer lugar las encefalopatías cubriendo las siete primeras rúbricas según su causa presumida. La octava es la demencia precoz y la novena la psicosis maniaco-depresiva. Luego vienen las psicopatías, las reacciones psicógenas ("psiconeurosis" en la nominación preferida por Freud en la misma época), la paranoia y, cerrando la procesión, una clase XIV para "casos oscuros". (¡Viva

Borges!)

La asombrosa correspondencia entre el sistema de Kraepelin y la subsiguiente CIE-8 de la OMS ha sido motivo de asombrosas y asombradas expresiones de júbilo relacionadas con la "estabilidad" del ordenamiento y el "genio" de su propulsor. Es habitual rotular a Kraepelin como "el Linneo de la psiquiatría". Yace ahí uno de los mayores obstáculos epistemológicos de la clasificación: el que la taxonomía botánica haya sido el modelo inspirador. El sabio alemán describía sus entidades mórbidas basándose en la apariencia, al igual que su antecesor sueco, como si se tratase de plantas, olvidando el carácter visible de las raíces, hojas, flores y frutos que permitían asegurar la validez y la confiabilidad de los objetos clasificados (existen realmente, son distintos entre sí, no hay un espectro de gradaciones y dos o más observadores, aceptando los criterios propuestos, llegan a la misma conclusión sin que la subjetividad interfiera en el juicio). La mirada psiquiátrica pretende introducir del mismo modo la "enfermedad" en una jerarquía de categoría, subcategoría y variedad, equivalente a la jerarquía de clase, género y especie. Pero ¿de dónde extraía Linneo los caracteres que le permitían ubicar a cada individuo dentro de su clasificación? De la forma objetiva (positiva) de los elementos que podía ser confirmada por cualquier otro. La confiabilidad de su sistema se acerca al absoluto y por eso pudo servir de modelo para todo tipo de clasificación de objetos perceptibles. ¿De dónde podía Kraepelin extraer los caracteres que le permitiesen pasar del individuo a la especie en el marco de la clasificación psiquiátrica? Nada podía darle la vista. Era menester otro aparato nocional. Para ello sólo disponía de la psicología de las funciones del alma y la psicología del laboratorio de Wundt, hoy relegada a la prehistoria de la psicología: "inteligencia — afecto — voluntad". A ella se dirigieron los psiquiatras alemanes y de ella derivaba la semiología psiquiátrica que buscaba las alteraciones en cada una de esas tres esferas y que apuntaba a ubicar a cada individuo en la casilla de la especie mórbida que le pertenecía. De ahí el pesado fardo que debió sobrellevar la psiquiatría kraepeliniana, la falta de confiabilidad, que hoy se pretende superar con la "objetividad" ¿de qué?, ¡de los cuestionarios autoadministrados donde el médico ya ni siquiera pregunta al "enfermo" lo que le sucede sino que le entrega unos formularios con preguntas a las que él (o quien lo conoce) debe

tildar con un “sí” o con un “no”, con un “mucho-poquito-nada” o con un “marque en una escala de 1 a 10 cómo se siente de solo, de triste o de angustiado” para luego contar los tildes o “palomitas” y decidir el diagnóstico y el nivel de gravedad del trastorno! ¡Y el tipo y dosis del “medicamento” a recetar!

Podríamos pensar —vale decir, pienso— que la conclusión a extraer de la supervivencia de la “nosografía” actual, derivada de la de Kraepelin no debería ser tanto de admiración como de marcado escepticismo dado el carácter reconocidamente descriptivo y sintomático de la clasificación con exclusión de toda teoría y ante la ausencia de datos objetivos, empíricos (equiparables a los de un botánico o a los de un zoólogo y que no fuesen los de “cierta enciclopedia china”), para justificar los diagnósticos. La psiquiatría alemana de comienzos del siglo XX sistematizó y ordenó un campo de fenómenos hasta entonces bastante caótico y ése fue su gran mérito. Pero no puede ignorarse que, además de poner orden en el campo fenoménico, por el mismo hecho de acomodarlo todo, sistematizó la formación de los psiquiatras en todo el mundo. (Ésa fue la psiquiatría que estudié en el Hospital Psiquiátrico de Córdoba, Argentina, en 1961.)

La clasificación no sólo creaba a los objetos sobre los que se aplicaba (locos y no locos, a veces, medio locos o fronterizos) sino que, además, producía un lenguaje, un modo de pensamiento, un discurso y unas reglas semiológicas que, a su vez, engendraban y clonaban a los psiquiatras como agentes de aplicación del sistema propuesto: “psiquiatra” fue, a partir de la primera mitad del siglo XX, cuando el término se generalizó, quien manejaba la clasificación de Kraepelin.[4] La ordenación taxonómica se reproduce a sí misma a través de la “ordenación” (en el sentido religioso de la palabra) de los agentes aptos para utilizarla. Esa operación continúa hoy en día con las corporaciones nacionales e internacionales que promulgan las nuevas clasificaciones. Lo que fue un momento de sistematización de datos empíricos en la historia de la psiquiatría, correspondiente a la expansión capitalista y a la conveniencia de segregar a los locos en las sociedades disciplinarias, se ha actualizado como un nuevo movimiento epistemológico que corre detrás de la progresiva tecnificación, burocratización y medicalización de la especialidad que debe

adecuarse a los fines de la sociedad de control: posmoderna, posindustrial, poscapitalista, según se prefiera. El objetivo es, hoy, clasificar a todos los sujetos de esta posmodernidad encerrándolos en los cajones (pigeonholes) del espacio taxonómico regenteado por la "ciencia médica".

Cualquiera sabe que las enfermedades, todas ellas, son conceptos abstractos y a nadie le extraña que las supuestas entidades que los psiquiatras delimitan como trastornos estén mal definidas y se superpongan entre sí a punto tal que, frente a un caso singular, los juicios del clínico sean más bien opiniones personales, a diferencia de lo que sucede en la medicina donde una fractura de hueso, una psoriasis o una hepatitis son hechos positivos y objetivables que, "en los textos modernos de medicina se clasifican según dos órdenes, el etiológico y el topográfico o anatómico".[5]

En psiquiatría no hay conocimiento de las causas y por eso las instituciones clasificadoras han optado por eliminar todas las teorías en beneficio de datos observables o registrables… que también faltan y por eso se les inventa como, por ejemplo, los tildes en un cuestionario. De esa prescindencia teórica, consecuencia de la ignorancia en materia de etiología, proviene la constante lucha de la psiquiatría, dentro del campo médico mismo, desde Cicerón en adelante, para ser reconocida como especialidad "científica". Debería encontrarse una "causa natural" de la locura en cualquiera de sus formas y ella no aparece aunque pueda sospecharse de ciertos procesos cerebrales que tendrían relación con el mecanismo involucrado en las exteriorizaciones clínicas. Pero tales procesos no son la causa de los trastornos sino los que hacen posible la manifestación sintomática y sobre los que se puede, eventualmente, incidir por medios físicos o químicos. La investigación de parámetros biológicos se sustenta en una esperanza, la de encontrar en el cerebro la razón de las anormalidades de la mente, la personalidad o el comportamiento, la de "objetivar" una base material y natural. El mayor obstáculo que encuentra esa psiquiatría que pretende ser "organicista" es que el cerebro está involucrado, por supuesto, en la vida y en todas las actividades del ser humano (conciencia y conducta), pero él no es el productor sino el asiento de procesos que permiten y regulan la relación entre el organismo y el medio ambiente que le rodea, un Umwelt que es,

siempre, un medio social. Es en la relación del sujeto (el sujeto del inconsciente) con el Otro donde se encuentran las causas de su acuerdo o desviación respecto de la norma que no está en el cerebro sino en la estructura social, económica, antropológica, lingüística, política, etc., que son las "circunstancias", eso que rodea y condiciona al cerebro viviente y meganeuronal. Ya en 1843 decía Marx:[6]

Las formaciones nebulosas que se condensan en el cerebro de los hombres son sublimaciones necesarias de su proceso material de vida, proceso empíricamente registrable y sujeto a condiciones materiales. La moral, la religión, la metafísica y cualquier otra ideología y las formas de conciencia que a ellas corresponden pierden, así, la apariencia de su propia sustantividad, no tienen su propia historia ni su propio desarrollo, sino que los hombres que desarrollan su producción material y su intercambio material cambian también, al cambiar esta realidad, su pensamiento y los productos de su pensamiento. No es la conciencia la que determina la vida, sino la vida la que determina la conciencia [cursivas mías].

El cerebro es fundamental, sí, pues en él se desarrollan los procesos que hacen posible el habla, la memoria, la comunicación, las emociones, los sentimientos, todo lo que es "subjetivo" y se tiende a llamar con el equívoco e indefinido nombre de conciencia. Pero el órgano que se aloja en el interior del cráneo no es la causa de la subjetividad sino su sustrato, el escenario de ciertos mecanismos que pueden ser objetivados, conocidos, activados o desactivados por medios físicos o químicos y que se van develando progresivamente ante la curiosidad de los científicos mediante técnicas cada vez más precisas de investigación.

En el campo de los trastornos o enfermedades mentales las variaciones imputables al observador del "disorder", sus juicios y prejuicios, son tan obvias que acaban por ser desconcertantes. En el dominio entero de la medicina, las enfermedades no son objetos naturales que se podrían encontrar en el mundo como se recogen hierbas en el campo. Son conceptos abstractos derivados de la

agrupación de signos y síntomas por medio de la actividad cognoscitiva que los reúne en síndromes y acaba definiéndolos como “objetos teóricos” a ser investigados. Su existencia, su materialidad, es “lenguajera”: sólo existen en el espacio y el tiempo clasificatorio (hemos visto que son históricas y dependen de declaraciones como, por ejemplo, cuando la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos decidió [1973], por votación de los psiquiatras, presionados por las organizaciones de gays, que la homosexualidad dejaba de ser un trastorno).[7] Uno de los objetivos, quizás el principal, de la clasificación y de la nominación de las enfermedades es crear un lenguaje compartido y traducible que permita la “comunicación” entre los médicos y el recíproco reconocimiento entre los hablantes de ese “newspeak” (Orwell), de ese “iatrolecto”. Desde el espacio y el tiempo nosológico y clasificatorio, esas “entidades abstractas”[8] irradian hacia los sujetos que se dedican a la actividad diagnóstica, los psi y, desde ellos, hacia los referentes, los llamados “pacientes”, que terminan por ser incluidos en ese espacio taxonómico (mientras perdure el tiempo de su vigencia en los catálogos, hasta la siguiente clasificación).

No es, pues, que no existan las enfermedades mentales sino que se las llama a existir por el hecho mismo de nombrarlas, porque los diagnósticos se aplican, porque producen efectos tanto sobre los agentes que las ponen en acción (activos) como sobre sus pacientes (pasivos). No existían —considérese el ejemplo de la esquizofrenia, inventada en Suiza a principios del siglo XX— antes de que se elaborase su concepto. El hecho de designarlas y clasificarlas abre el campo para una epistemología psiquiátrica que analice e investigue cómo fueron construidas, según qué procesos de producción, dentro de qué coyuntura histórica de las sociedades y coyuntura teórica en el campo conceptual de la medicina general y cómo cada una de ellas se articula con los demás objetos del discurso psiquiátrico. La nosografía, desde Pinel y Kraepelin en adelante, se pretendía como una descripción de la realidad. Hoy sabemos, sin duda, que es una categorización de la realidad. El nombre hace a la cosa que designa: funciona como un performativo. La “psicopatología” cumple con la misión de establecer, mediante sus nominaciones vacilantes, un cierto orden en el embrollado terreno de los casos singulares, siempre distintos, siempre “atípicos”, pues ningún paciente es un

“tipo”, respecto de esas construcciones teóricas llamadas enfermedades o, con más vergüenza pero con idéntica intención, trastornos.

Es precaria la vida de la psiquiatría. La demografía médica muestra que en las últimas décadas es la especialidad que menos agentes recluta y la menos remunerada. La situación no es nueva sino originaria. Su estatuto es incierto, impugnado y discutido en el seno de la medicina y de la sociedad en su conjunto que permanentemente sospecha de ella como un instrumento en el proceso de aplanamiento de las diferencias y de normalización jurídica y política de los hombres. Está jaloneada y es frágil por sus propias contradicciones, sufriendo para encontrar un incómodo lugar entre las ciencias médicas y las humanas, entre la biología, la psicología, la sociología y la filosofía que siempre confesó su perplejidad ante la locura. El modelo que hoy la rige en el mundo entero, norteamericano, es de un empirismo ramplón que sirve a los intereses del Estado en su amalgama con la industria, la farmacéutica en particular. Lejos están los desvelos de quienes intentaban entender al enfermo a partir de sus coordenadas existenciales.

El énfasis en la clasificación y el intento de definir entidades discretas e indiscutibles allí donde sólo hay nomenclaturas, significantes, objetos abstractos de conocimiento apariencia de razón en medio de un embrollo borgesiano, forma parte del mecanismo de adquisición de apariencias científicas, de simulación de una ciencia allí donde casi no hay alguna. Del saber sobre la locura y sus formas no se adquiere un conocimiento; en cambio se adhiere a un proyecto necesario, agresivo y progresivo en la sociedad posindustrial que es el de una acelerada medicalización de la vida.

De hecho, es discutible que los trastornos mentales que se clasifican, diagnostican, estudian y tratan sean entidades médicas. Si se llega a demostrar que alguno de ellos tiene una base biológica (como, por ejemplo, la epilepsia o el Alzheimer) se lo deja de considerar como objeto de la psiquiatría y se lo transporta a otro campo de la medicina, principalmente la neurología. Obviamente los psiquiatras se oponen a ese argumento que los expulsa de la iatría a la que

recurren para medicar e internar en hospitales; por eso se aferran a una biología del cerebro por venir, una que incluya a los efectos sobre los neurotransmisores (que los hay, pero no son la causa ni explican las enfermedades) y a bases genéticas cuyo conocimiento ya se ha producido (pero no) o es inminente, está a la vuelta de la esquina aunque por ahora haya que tener paciencia y alardear de unos progresos que no pasan las pruebas de la cientificidad que se alega. Es que no hay buenas respuestas para preguntas mal hechas.

2. MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA Y DE LA CULTURA

¿A qué llamamos “medicalización”? A una modalidad discursiva en constante expansión, iniciada en el siglo XVIII, reforzada después de la primera mitad del siglo XIX, decretada oficialmente como política de los estados a partir de la nacionalización de la medicina en Inglaterra en 1942, que dio lugar en todo Occidente a la constitución de “institutos de seguro social” y cada vez más visible a medida que avanza el siglo XXI, por el cual diferentes, cuando no todos, los aspectos de la vida humana son vistos y tratados en términos del “saber médico”, supuestamente científico, avalado por cifras y estadísticas que muestran a las claras dónde está el bien (la “salud”, equiparada a la normalidad) y dónde el mal, la “enfermedad” que nos acecha. La medicalización impone una tecnología del manejo de sí[1] y el manejo del cuerpo y alma de los otros en las esferas pública y privada. Se torna oficial e imperioso un discurso médico cargado de finalidades pretendidamente “higiénicas” (sanitarias) que, en nuestro caso, el de la psiquiatría y disciplinas adláteres, designa como trastornos y enfermedades a lo que se aparta de ciertas reglas de comportamiento y de relación con el propio cuerpo, con las propias decisiones y con la vida y el cuerpo de los demás. Lo que no tiene ley o se sale de la ley: “la anomalía”. La medicalización implica también que la administración pública requiere de la aprobación médica para todo lo que hace al tratamiento del aire, del agua, de las residencias particulares, de los desagües, de las escuelas y prisiones, de los usos del suelo, etc. Un elemento esencial de este proceso es la construcción de hospitales generales, hospitales escuela, hospitales para tuberculosos, hospitales para sifilíticos y, claro está, hospitales para “enfermos mentales”. Con la medicalización cambia el estatuto del médico que se transforma en autoridad política, en consejero indispensable de la polis.

Todos los acontecimientos vitales: nacer, morir, crecer, envejecer, reproducirse, alimentarse -el hombre y la mujer en nuestro tiempo,

en el restaurante y en su propia casa, parecen comer como si estuviesen en una botica, dividiendo sus ingestas en dos grandes categorías, saludables y peligrosas, asignando a cada bocado, ora la condición de medicina, ora la de veneno cuando no los dos a la vez-, menstruar o dejar de hacerlo, aprender, hacer el amor, masturbarse, jugar y apostar, leer, sentarse ante la televisión o la computadora, amar, apasionarse o entristecerse, padecer por una pérdida personal o sentimental, las creencias, las conductas, la sensibilidad y la motricidad, todo, todo, es visto como un acontecimiento que se clasifica como "sano" o "enfermo" pero siempre en la perspectiva médica y con la vista puesta en criterios de "normalidad". La desviación de la norma (el peso o sobrepeso, la apariencia estética, la estatura, las horas de actividad física o mental, etc.) son siempre "problemas" cuyas claves caen bajo la jurisdicción médica y las "soluciones" correctas son detentadas por el "doctor" cuyas opiniones "científicas" son ávidamente recogidas por las revistas y los medios de difusión de masas que insisten en convocar a los especialistas y a los expertos en salud física o mental que muestran pasteles con rebanadas de distintos colores, curvas y escalas de estadísticas en apoyo de sus juicios. La desviación es manifestación de "disfunción" y lo que antes se repudiaba como inmoral, pecaminoso o delictivo hoy es rechazado y descalificado por "enfermo". La salud mental consiste en vivir adaptándose a la convención cultural.

No se puede decir que la medicalización sea una consecuencia del saber científico sino que es al "progreso" mismo al que cabe desconstruir a partir de este indicador social y esta promoción discursiva que llamamos medicalización de la vida y la cultura. Los avances de la medicalización -si nos atrevemos a robarle su discurso- pueden verse como un "síntoma" destacado de un proceso histórico-social más amplio que se extiende por el mundo entero con brigadas de profesionales ocupados en promover la salud encubriendo los intereses de las industrias: farmacéutica, de los aparatos de diagnóstico computarizado, del aparato de la "investigación clínica". Lo que "progresa" es el mecanismo de dominación y control de los seres humanos (de sus cuerpos, de sus vidas) al servicio del "discurso de los mercados", tercer y último avatar del amo, después del primero, el amo clásico, dueño de sus esclavos, y del segundo, el amo capitalista, con sus proletarios

“libres” y ciudadanos. Se trata del proceso de pasaje de las arcaicas “sociedades de soberanía” gobernadas por el amo tradicional, a las “sociedades disciplinarias” descritas por Foucault y organizadas por el amo moderno, capitalista e industrial, y a las actuales “sociedades de control” anticipadas por W. S. Burroughs y por Gilles Deleuze, donde el nuevo amo, el amo posindustrial, es el conjunto de las computadoras impersonales interconectadas e interactivas que evalúan y toman las decisiones además de programarse a sí mismas y programar a sus usuarios.[2] Hay que decirlo: la medicalización es un arma poderosa que funciona al servicio de un discurso, el de los mercados, y ordena la sumisión en nombre de valores sacrosantos: la salud, la larga vida y la ciencia.

Varios son los autores que iniciaron la denuncia y la crítica del proceso de medicalización en esos mismos años en que yo impugnaba a las clasificaciones psiquiátricas, a mediados de la década de los setenta. Como ya anticipé, esa denuncia era contemporánea aunque no coincidente con la antipsiquiatría de Szasz, Laing, Cooper y Goffman y reconocía sus antecedentes en obras publicadas en los sesenta como la célebre historia de la locura de Foucault o La cultura contra el hombre de Henry.[3] En 1974, en Río de Janeiro, Foucault pronunció una conferencia donde ya hacía, desde el título, una “historia” de la medicalización.[4] Antes aun, desde 1970, en Cuernavaca, México, el médico judío vienés Iván Illich (1926-2002), venía dictando cursos donde criticaba acerbamente a la medicina como engranaje esencial de la sociedad capitalista contemporánea. Esos cursos culminaron en un libro de 1975 que sigue siendo asombrosamente actual,[5] en especial por su segundo capítulo: “The medicalization of life”. En tanto que Foucault investigaba la arqueología del dispositivo de la salud-enfermedad en el siglo XIX, Illich descubría las funciones que ese dispositivo cumple en la actualidad, denunciaba la iatrogenia social como consecuencia de la colusión de la medicina con el resto de los mecanismos represivos vigentes y se permitía hablar de la “peste” y la “pandemia” iatrogénica en un mundo occidental donde impera la autoridad diagnóstica del técnico curador que puede ampararse incluso en la confesión de que la medicina no puede ser practicada sin la creación por sus mismos funcionarios de la enfermedad a la que se debe “tratar”. El “terapeuta” (del griego thérapon, el sirviente) debe convencer a los usuarios de sus servicios de la

existencia del mal que ellos remedian y, por lo tanto, promover la enfermedad, disease mongering. Cada cultura ha tenido sus chamanes, médicos, magos y curanderos y su propia noción de enfermedad con una teoría de sus "causas"; en todas ellas se ha visto a la enfermedad como encarnación del mal. La novedad en nuestras culturas moderna y posmoderna es la asimilación del dispositivo de la salud al discurso de "la ciencia" que permite "objetivar" el conocimiento positivo del cuerpo y sus disfunciones.

Por eso podía decir Illich[6] que:

La medicina es una empresa moral y por lo tanto inevitablemente da un contenido al bien y al mal. En cada sociedad, la medicina, como la ley y la religión, define lo que es normal, adecuado o deseable. La medicina tiene la autoridad para etiquetar las quejas de un hombre como "enfermedad legítima", declarar a un segundo hombre como enfermo aunque él no se queje y rehusar a un tercero el reconocimiento de su dolor, su impotencia o, incluso, su muerte. Es la medicina la que decreta que un dolor es "meramente subjetivo", que una incapacidad es simulada, y que algunas muertes, aunque no otras, son suicidio. El juez sanciona lo que es legal y lo que es delictivo. El pastor o el "cura", lo que es sagrado y lo que viola un tabú. El médico decide lo que es un síntoma y quién está enfermo. Es un empresario moral investido de poderes inquisitoriales para descubrir ciertos "errores" que deberán corregirse. La medicina, como todas las cruzadas, crea un nuevo grupo de réprobos cada vez que produce un nuevo rótulo diagnóstico. La moralidad está tan implícita en la enfermedad como lo está en el crimen o en el pecado.

La importancia del trabajo de Illich, junto con el de Szasz, fue reconocida de inmediato y a la vez sometida a crítica por Foucault.[7] El filósofo francés mostraba que después de 1942 la salud había entrado en el plano de la macroeconomía y que los estados estaban implicados y complicados en la tarea de mantener el buen funcionamiento de los cuerpos determinando así la aparición de una "somatocracia" (tiempo después abandonaría ese neologismo

remplazándolo por otro: “biopoder”). La salud es siempre una bandera en manos de los partidos políticos que deben ofrecer una “política sanitaria” atractiva si pretenden ganar la voluntad de los gobernados.

Esa politización de la práctica médica es un efecto de los impresionantes avances técnicos de la medicina: de la cirugía con la anestesia y la asepsia, de la farmacología con sus medicaciones sintomáticas y etiológicas (digital, insulina, antipiréticos, antidiarreicos, antibióticos, hormonas) y de los procedimientos de detección de enfermedades que van más allá de los datos ofrecidos a la semiología sensoperceptiva: rayos X, electrocardio y electroencefalogramas, exámenes de laboratorio, medición de las funciones vitales, etc., hasta llegar a los actuales equipos de diagnóstico cibernético que han cambiado el rostro de la profesión haciendo de cada ser humano un cliente de sus aparatos tecnológicos.

No por eso se han de olvidar los contragolpes de ese “progreso”: iatrogenia, disminución de las defensas naturales del organismo, sobrevivencia en condiciones en que la vida pierde sentido y dignidad, creación de sustancias adictivas y producción industrial de narcóticos, regulaciones absurdas e imposición de controles al cuerpo en nombre de la “salud pública”, ingeniería genética de incalculables consecuencias, posible -o, mejor dicho, seguro- desarrollo de armas químicas más destructivas que las nucleares, etc. Foucault advierte que la medicina puede ser peligrosa no por su ignorancia sino por su saber, precisamente porque está basada en la ciencia (op. cit., p. 45).

En este sentido, hay una confrontación sorda y sórdida entre la medicina (pública y privada) y la libertad del sujeto político.

Cada vez más la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como un acto de autoridad […] Hay una política sistemática y obligatoria del ’chequeo’, de la localización de las enfermedades en la población, que no corresponde a ninguna demanda del enfermo. Del mismo modo, en ciertos países, una persona acusada de haber cometido un delito, es decir, una infracción suficientemente grave como para ser juzgada en tribunales, debe someterse obligatoriamente al examen de un experto psiquiatra.

[Inmediatamente después reporta que la intervención médica no se limita sólo a las enfermedades sino que] a partir de los comienzos del siglo XX, la sexualidad, el comportamiento sexual, las desviaciones o las anomalías sexuales están vinculadas a la intervención médica sin que el médico diga, a menos que sea muy ingenuo, que una anomalía sexual sea una enfermedad (op. cit., p. 49).

El problema siguiente que encara Foucault es que la crítica de la medicalización, incluyendo la obra del propio Iván Illich, se hace en una perspectiva que es también médica o está basada en un saber médico. Esto vale también para el psicoanálisis que comienza como una práctica liberadora respecto de la psiquiatría tradicional del encierro asilar pero termina siendo una técnica al servicio de la "salud mental" y medida con la vara de la capacidad para corregir y curar pese a las claras advertencias freudianas contra el furor sanandi y el centramiento de las terapias en el síntoma. Consignamos esa opinión que no es, aquí y ahora, el momento de discutir.

Que nadie se confunda: la crítica a la medicalización no es crítica a la medicina y sus innegables avances en cuanto a la transformación de la existencia, las más de las veces en un sentido potencialmente positivo (aunque degradado por las políticas estatales y corporativas que la regulan). La crítica apunta a la ideología subyacente al discurso médico, medicalizante, que se apuntala en el conocimiento de las posibilidades del cuerpo humano y que pretende, en nombre de una cierta ganancia en cuanto a la duración de la vida y la prevención o control de las enfermedades, someter esa vida a los mandamientos de una empresa planetaria de regulación de todos los comportamientos instintivos y sociales, de las pulsiones y de sus destinos, desviando a los hombres y a las mujeres de las preguntas relacionadas con las circunstancias (sociales, políticas, culturales, jurídicas, económicas) en que sus vidas transcurren. En otras palabras, a las obvias funciones represivas, "biopolíticas" (y "psicopolíticas", agreguemos) del discurso basado en la medicina.

Un espacio privilegiado en ese proceso de medicalización es la inclusión de la conducta y la conciencia de los seres sociales y políticos en una clasificación que, bajo la máscara de ocuparse de

los “trastornos de la vida mental”, oculta una distribución de los sujetos humanos en categorías psicopatológicas y los hace clientes de prácticas y discursos de un control tutelar y disciplinario ejercido por el amo a través de la “ciencia del cuerpo”, de su vida y su muerte, que es el aparato o el dispositivo médico, en el cual el “dispositivo psi” que hemos de definir, podrá aparcar. Es hora de ocuparse de esas empresas taxonómicas, sus categorías, sus cambiantes avatares, sus medios y sus fines.

Para “medicalizar” es necesario agitar el fantasma de la enfermedad (disease-mongering) como riesgo y como horizonte de la vida. Esta operación se justifica en el marco de la medicina del cuerpo pero presenta obstáculos cuando se le desplaza a los terrenos de la salud y la enfermedad mental.

¿Impera en ellos el concepto clave, el de “enfermedad”, cargado por una tradición anterior a Hipócrates, tal como la entiende la medicina contemporánea? Tanto ayer como hoy una “enfermedad”, sin dejar de ser un “objeto de conocimiento”, es decir, una creación en el campo del lenguaje, tiene una etiología conocida o que se puede investigar con métodos objetivos y, si la causa es desconocida, se pueden reconocer los mecanismos por los que se producen los síntomas, presenta una “patología”, es decir, una modificación anatómica e histológica que objetiva tanto la “realidad” como la “entidad” de la enfermedad, que se palpa y se ve en el examen clínico (junto a la cama) o en el microscopio o se comprueba mediante determinados “parámetros clínicos” inequívocos tales como pruebas de laboratorio, imágenes con técnicas derivadas de la radiología que muestran la enfermedad y sus estragos, una “fisiopatogenia” que correlaciona los cambios anatómicos o histológicos con los síntomas y las manifestaciones objetivas, un siempre posible “diagnóstico diferencial” que permite separar de modo diacrítico a un proceso de todos los demás haciendo que, en principio, no se pueda atribuir más de un diagnóstico a cada entidad mórbida que afecta a un sujeto. A partir de esos “datos” se fundan una anticipación de la evolución futura y los tratamientos (sintomáticos, quirúrgicos o etiológicos) que permiten anticipar una detención del proceso, una mejoría o una curación con déficit o con restitutio ad integrum y comparar los resultados de terapéuticas alternativas. En ese conjunto de

elementos se corporiza el ABC de las artes médicas y su arraigo en la "ciencia" de la biología, con sus bases físicas y químicas, así como el éxito de la medicina en tanto que práctica social. En nuestro campo, el que analizamos, el de lo "mental", siguiendo los parámetros de la neurología, se constituyó, después de la primera mitad del siglo XIX, una más tarde llamada "neuropsiquiatría" que estimulaba y explotaba el equívoco lingüístico-anatómico: se sufría de "los nervios", había "ataques de nervios" y las "enfermedades de los nervios" podían ser llamadas "neurosis" sin que jamás el sistema nervioso tuviese nada que ver o que se pudiese corroborar con las manifestaciones mórbidas que se atribuían a esas enfermedades.[8] Por eso es que el estatuto médico de la psiquiatría es cuestionado: ella es una eterna postulante a incluirse en él. Vive en la frontera: el sufijo iatros (médico) le sirve de pasaporte… pero no tiene visado de entrada con validez internacional.

Una diferencia esencial entre la psiquiatría y la medicina general deriva de la relación de una y otra con las nociones de normalidad y adaptación. La normalidad biológica no se define solamente en términos estadísticos (las enfermedades son "normales" desde un punto de vista cuantitativo; por ejemplo, las caries dentales o los resfriados) sino en términos de integridad de los tejidos y conservación de la capacidad de modificación funcional ante variaciones ambientales (por ejemplo, el aparato cardiorrespiratorio en condiciones de esfuerzo, cambio de la altitud, etc.). Pero esas "normalidades" estadística y fisiológica son ampliamente cuestionables, peligrosas y portadoras de prejuicios ampliamente sospechosos de colusión con el poder establecido cuando se trata del "funcionamiento" personal y social. ¿Quién es el normal y a partir de cuándo "tiene" un "trastorno" de la personalidad o de cualquier otra variable psicológica? Los criterios en la medicina general son los de rangos evaluables en términos fisiológicos; los de la psiquiatría son rangos sociológicos, culturales y, para decirlo rápidamente, políticos pues, en este caso, la atribución de "enfermedad" es un acto de la polis a través de uno de sus dispositivos, el dispositivo psi al que nadie escapa, ni siquiera sus agentes.

3. EL DISPOSITIVO DE LA SALUD MENTAL

DISPOSITIVO PSI

Insensiblemente hemos pasado a la denuncia de la medicalización y sus efectos en el campo de los trastornos mentales. Es el momento de aclarar un aporte conceptual y terminológico necesario para las metas que nos proponemos en esta obra. Siguiendo una propuesta de M. Foucault que ya hemos discutido y criticado en un libro reciente[1] (allí por otras razones que no contradicen lo que ahora expondremos) recurriremos a su concepto de "dispositivo"[2] que —lamentémoslo— nunca tuvo una definición precisa pero que fuera presentado a sus (por entonces) amigos psicoanalistas en estos términos:

Intento ubicar bajo esta denominación a un conjunto definitivamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, configuraciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En resumen: cosas dichas tanto como no dichas; éstos son los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que se establece entre estos elementos.

En su oportunidad señalamos el carácter descriptivo, empírico, de los dispositivos de Foucault y la posible multiplicación de los mismos sin posibilidad de diferenciar unos de otros por la laxitud del concepto.[3] Él consideró varios: de sexualidad, disciplinarios, asistenciales, de alianza, de verdad, de poder. Podríamos caer en una enumeración borgesiana con n categorías conjeturales y arbitrarias. Nos adherimos al concepto pues la idea nos es útil

heurísticamente (en el sentido de permitirnos comprender de manera unitaria fenómenos dispersos). Permite bautizar y disecar un "dispositivo psi" que reúne todo aquello que se reconoce por la partícula silábica mencionada: psiquiatría, psicología, psicofarmacología, hospital psiquiátrico, sociedades psiquiátricas, psicopatología, psicopedagogía, psicología laboral, etc., y otras denominaciones que suponen el prefijo tales como salud y enfermedad mental, clasificación de los trastornos, personalidad y sus disorders, etc. La descripción propuesta por Foucault, la que acabamos de citar, se aplica a la perfección: el dispositivo psi integra elementos discursivos y no discursivos, reglamentos, instituciones, manuales de clasificación —agreguemos—, edificios, libros y cursos de especialización, aparatos de difusión, ideología, códigos de procedimientos técnicos y de relación con otros dispositivos, por ejemplo, el de alianza (la familia), el de la sexualidad, el de las prisiones, el de la salud en general (medicina), el jurídico-político y policial, el educativo, etcétera.

El dispositivo de alianza, la familia, es, en este sentido, ejemplar, pues constituye el marco donde emergen los fenómenos que luego requerirán la intervención del técnico psi armado con sus catálogos de nosología respaldados por las instituciones nacionales e internacionales. Nuestro —no de Foucault que prefiere hablar de "función psi"—,[4] nuestro "dispositivo psi" incluye a todos los sustitutos disciplinarios de la familia, incluyendo en su "función" al individuo psicológico mismo, eso que, en estrictos términos lacanianos, preferimos llamar con una palabra muy difundida y a la vez rigurosa: "el sujeto". Según Foucault la "función psi" ha nacido de la medicina psiquiátrica, lado a lado con la familia y con relación a ella. Es cuando alguien, un sujeto, escapa a la soberanía de la familia, cuando se lo encierra en un hospital o se lo manda al cuartel o al convento o al taller donde aprenderá un oficio, cuando se lo entrena para que se refamiliarice en un nuevo ambiente, para que vuelva al redil. El saber psi se acomoda al sistema disciplinario que funciona para todos los indisciplinados. Desarrolla sus instrumentos de acción, delimita su jurisdicción, marca sus territorios en la escuela, la cárcel, la fábrica, etc. Por su parte, en un movimiento circular o en banda de Moebius, el dispositivo se infiltra, con su vocabulario, sus técnicas de entrenamiento, sus recomendaciones, en el dispositivo familiar mismo en el que

pretende funcionar como conservador de la “salud mental” y preservador de los valores de la normalidad ciudadana. La crítica de la sociedad disciplinaria, con sus múltiples dispositivos interconectados, habrá de ejercerse sobre la institución familiar misma, fundante de la subjetividad que se pretende autónoma. No siempre el psicoanálisis ha sabido eludir la trampa de la normatividad familiar y eso ha dado lugar a críticas certeras como las de T. W. Adorno (Minima moralia) en los años cincuenta y las posteriores de G. Deleuze y F. Guattari en los setenta (Antiedipo, Mil mesetas, etcétera).

Debemos reiterar que la clasificación y el diagnóstico psiquiátricos son agentes activos en el seno del dispositivo psi: no son actos “científicos”, “objetivos”, sino postulaciones dotadas de una significación moral y política que operan al margen de la conciencia o inconciencia de quienes las efectúan. Los agentes que funcionan dentro del dispositivo de la salud mental “no saben lo que hacen” en la medida en que se perciben a sí mismos como técnicos que utilizan las herramientas que se les han asignado sin cuestionar las condiciones sociales de esa aplicación y su lugar en el dispositivo. Casi siempre los funcionarios psi piensan y sienten que actúan como operarios formados por la universidad que cumplen buenamente con el trabajo que se les encomienda y aplican conocimientos respaldados por investigaciones y por autoridades competentes que sancionaron por adelantado los procedimientos usados para diagnosticar: la entrevista, los cuestionarios y las pruebas de personalidad y para tratar a los “pacientes”: internamientos voluntarios o no, psicoterapias, psicofármacos, procedimientos cognitivo-conductuales, incluso psicoanálisis ordenado como “tratamiento”. La “objetividad” del diagnóstico y su clasificación no depende del “objeto” clasificado sino que surge del acuerdo entre los expertos diplomados que fueron formados según el “modelo biomédico” aunque, en el caso de la psiquiatría, como sabemos, falten sistemáticamente elementos probatorios de la validez de la entidad mórbida, se sepa de la falta de confiabilidad de los diagnósticos y aunque todas las pruebas dependan de la subjetividad del médico en el momento de emitir su dictamen. El diagnóstico no se encuentra, se emite: es un acto performativo en donde la palabra hace a la cosa que nombra y hace al sujeto que lo recibe transformándolo en otro respecto al que era antes, a menudo

estigmatizándolo. Es una sentencia. Pocas veces se tiene en cuenta que el "modelo biomédico" es, en realidad, el modelo jurídico basado en la encuesta sobre el caso, la decisión del juez y la imposición de una prescripción o penitencia formulada "por el bien del reo y de la sociedad". Cada día está más limitado el derecho a no someterse al dictado y al dictamen, a la prescripción (farmacológica), del especialista. La función del sistema clasificatorio es la de un código comparable en forma y contenido al código penal, al civil, al de procedimientos según distribuciones de jurisdicción. La casuística se ha de ajustar a las prescripciones del código o del catálogo de artículos e incisos que constituyen un manual. Así como los códigos son la base del dispositivo jurídico, los manuales estadísticos y de clasificación son la piedra fundamental del dispositivo psi.

Las consecuencias del juicio psi pueden ser estremecedoras cuando el psiquiatra y sus colaboradores están habilitados para aislar y encerrar al paciente en instituciones sin o contra su consentimiento y por el tiempo indefinido en que el médico tratante resuelva, según ciertas metas "terapéuticas" que sólo él conoce y en función de una evaluación que tiene, supuestamente, como criterio privilegiado el de la "peligrosidad" del trastornado para sí mismo o para los demás. "Es mejor prevenir que curar", por lo tanto, es mejor hospitalizar de más que de menos y medicar de más que de menos. El fantasma del loco homicida, ampliamente difundido por los medios e impregnado en la cultura occidental, atormenta a los psiquiatras desde que nacieron como "alienistas" a comienzos del siglo XIX.

No conozco las estadísticas latinoamericanas pero puedo enterarme de que en el Reino Unido las admisiones compulsivas en instituciones de salud mental entre 1984 y 1996 representaron el 63% del total de las internaciones. En la actualidad las dos terceras partes de las camas para "enfermos mentales" en Inglaterra están ocupadas por internados sin consentimiento y las cifras muestran que constantemente se reduce el número de camas para pacientes voluntarios y aumenta en una proporción aún mayor el porcentaje reservado para los confinados[5] Se avizora una nueva era de "institucionalización" de los trastornados. La literatura en español es escasa pero la red está saturada de informaciones y discusiones sobre el incremento permanente y en todas las sociedades

occidentales de lo que se llama en inglés “involuntary admissions” o, más exactamente “compulsory commitments”, en español, “internamientos forzados” que no dejan de recordar al Gulag. Siempre se usa la misma explicación: es necesario implementar medidas coercitivas pues el sujeto no se da cuenta de su situación y de que constituye un peligro para sí mismo o para los otros. Normalmente el régimen jurídico permite que el internado reclame la intervención de un agente del poder judicial pero él debe intervenir y decidir si el internamiento procede en un plazo que es por lo común, de no menos de siete días y, si corresponde, habrá de quedar confinado por un periodo de hasta sesenta días que pueden ser prorrogados según el juicio de los médicos tratantes por otros sucesivos periodos de sesenta días sin especificar en qué momento y cumpliendo qué condiciones se suspendería el confinamiento. El título de un seminario de Foucault lo dice del modo más tajante: “Hay que defender a la sociedad[6] (del innominado enemigo potencial, del enfermo mental, del anormal, del trastornado). Es interesante recordar, a modo de primer ejemplo, que en la mayoría de los países, antes de que alguien sea confinado, el Estado debe probar que la persona “está mentalmente enferma y que, debido a esa enfermedad, es posible que se dañe a sí misma o a otros si se le deja en libertad”. Aunque los pacientes internados de manera involuntaria tienen teóricamente el derecho legal de rehusar la intervención médica, el que rehúsen tomar medicamentos o participar en otros tratamientos es registrado por el equipo tratante y las decisiones de los tribunales se inclinan fuertemente a respaldar el dictamen técnico del personal del hospital, dando poco lugar y poco peso a las manifestaciones del paciente en esas audiencias. En el caso Kansas v. Hendricks, la Suprema Corte de Estados Unidos resolvió que el internamiento forzado es constitucional independientemente de que se practique alguna clase de “tratamiento”.[7] El paciente podría alegar que no responde a los expertos pues cualquier palabra que dijese podría incriminarlo pero, si así lo hiciese, los expertos ratificarían que el mutismo es una prueba adicional de su estado trastornado, de su alienación.

Un documento y un caso que, al redactar este texto es de candente actualidad, no resuelto por la justicia aun al comenzar el año 2013, es el de la psiquiatra de Marsella (Francia) Danièle Canarelli, condenada a un año de prisión en suspenso el 20 de diciembre de

2012 por un tribunal civil por homicidio involuntario tras el asesinato de un octogenario por un paciente esquizofrénico (Joël Gaillard) que ella debía tratar y que se fugó del hospital en el curso de una entrevista con ella, 20 días antes del crimen.[8] [9] El asesino fue considerado inimputable en razón de su condición de enfermo, pero la doctora fue condenada por una demanda iniciada por los hijos de la víctima. En su sentencia el tribunal encontró que la psiquiatra cometió muchas equivocaciones, rotuladas como faltas culposas. El presidente del tribunal de Marsella afirmó que "no puede haber impunidad de principio porque la opinión pública no lo tolera". En definitiva, la "opinión pública" (¿existe tal cosa?) exige un chivo expiatorio. Cabe preguntar: ¿qué sucede si un juez decreta la absolución de un encausado y éste, una vez en libertad, comete un crimen? ¿Habrá que condenar al juez? Lo notable en el caso Canarelli es que la defensa no rechazó las imputaciones sino que admitió que la sentencia "sería comprensible si el crimen se hubiese cometido inmediatamente después de la fuga pero que, veinte días después, ya pasaron mil acontecimientos en la vida del paciente". Por cierto que esta condena de la psiquiatra no se promulgó sin que intervinieran otros psiquiatras que opinaron en su contra y sostuvieron que se habían cometido diversas faltas en el manejo del caso; en especial, que no se habían prescrito al paciente neurolépticos de acción prolongada que hubiesen impedido el pasaje al acto y sus trágicas consecuencias. La doctora Canarelli fue condenada por aferrarse a sus convicciones "frente al enigma de su paciente" en lugar de referir el caso a otro psiquiatra y de obstinarse en ir contra las opiniones concordantes de sus colegas acordando al paciente una salida provisional de larga duración. Los jueces de todos modos reconocen que "el riesgo cero y la predecibilidad no existen", que "la psiquiatría no es una ciencia exacta" pero que de todos modos la justicia debe intervenir y sancionar a un culpable. "Hay que defender a la sociedad." ¿Quién nos defenderá de sus defensores?

Un caso similar es el de la doctora Lynn Fenton, psiquiatra que atendía a un paciente que, en una de esas acostumbradas matanzas por parte de pistoleros armados, en Aurora, estado de Colorado, en 2011, mató a un veterano de la marina estadunidense que asistía a una función de cine y a otros once ciudadanos además de dejar heridos a otros 58 (la película, incidentalmente, era una de

Batman). La viuda del soldado ha iniciado un juicio contra la psiquiatra y contra la Universidad de Colorado donde ella trabajaba, por no haber recluido al asesino en un hospital psiquiátrico después que él había dicho algunas semanas antes que se imaginaba matando a un montón de gente (incidentalmente también, agreguemos que el pistolero era un estudiante de neurociencias que había sido reprobado en un examen[10]

En otro caso, en sentido inverso, en el estado de Indiana[11] los padres de una adolescente iniciaron un procedimiento legal contra una escuela por permitir un examen de salud mental a su hija sin tomar en cuenta el derecho a la privacidad y los derechos parentales. La recomendación que se hace a los psiquiatras es la de consultar con un abogado antes de actuar pues pueden ser juzgados por intervenir demasiado o demasiado poco.

¿Qué significan estos casos, qué nos indican, en relación con nuestro tema de la psiquiatría en el mundo contemporáneo y del lugar del diagnóstico en la clasificación de las personas? El psi, especialista en trastornados, debe estar en condiciones de percatarse de los riesgos que implica la posible conducta antisocial de sus pacientes y debe indicar la solución técnica correspondiente. En el primero de estos casos, prescripción de neurolépticos de acción prolongada, que refuerzan en el público aunque los medios se cuiden de difundirla, la idea tan expandida de que esos medicamentos son “chalecos de fuerza químicos”. Si el psiquiatra falla y deja de prescribir esas drogas que —a no olvidar— son caras y producen casi en todos los casos efectos secundarios que pueden ser muy severos, él será responsable de “no haber defendido a la sociedad” y su propia conducta profesional podrá ser juzgada como delictiva (¿habrá alguna droga que los haga “trabajar” bien en el cumplimiento de su deber?). Una sentencia como la aplicada en Marsella es un poderoso mensaje a los encargados de la salud mental: hace saber a todos los profesionistas que deben protegerse de sanciones jurídicas, monetarias o incluso corporales prescribiendo esas drogas de alto precio… con lo cual los accionistas de las compañías farmacológicas pueden regocijarse al ver aumentar los rendimientos del capital invertido. En el segundo caso, el de Colorado, la psiquiatra es procesada por no haber internado al estudiante un mes antes de cometer el crimen,

internado durante un periodo que no se especifica y, seguramente, también, para que recibiese en el hospital esa medicación estupefaciente. En el tercer caso, el de Indiana, la acusación es la de autorizar procedimientos diagnósticos que violan los derechos civiles y que, por otra parte, carecen de objetividad y difícilmente sirvan para algo como no sea para facturar servicios. (En realidad, importa poco que esos procedimientos sean autorizados o no por los "testados", "escaneados" y "escrineados [screening]" en tanto se les hace aceptar o creer que son "útiles").

Hay espectros que acechan las actividades de los psi. Ninguno es más espectacular (misma etimología) que el de la relación entre enfermedad mental y criminalidad. El fantasma del loco que debe ser aprisionado antes o después de cometer su crimen, ora en una cárcel ora en un manicomio, mejor en un hospital psiquiátrico especial para delincuentes, está en el fundamento mismo de la psiquiatría y eso sucede así desde la primera mitad del siglo XIX cuando se compuso e impuso el marbete de "manía homicida".[12] Hoy en día, ante la proliferación de los ataques a la población indefensa en Estados Unidos y ante la necesidad política de controlar a los pistoleros nada es más popular que la idea de llevar un registro del pasado psiquiátrico de la población y de alertar sobre los trastornados peligrosos a los que habría que medicar de modo permanente y cuyos movimientos deberían ser limitados al punto de confinarlos en instituciones donde recibirían el condigno tratamiento. De poco sirve argumentar que los llamados enfermos mentales son más bien las víctimas que los perpetradores de crímenes[13] que los asesinos violentos pocas veces han pasado por las manos de los psi y que se estarían violando los derechos de millones de personas sobre la base de sospechas además de estigmatizar a los que cargan con rótulos de trastornos de personalidad o antecedentes psiquiátricos limitando sus posibilidades educacionales y laborales. Hay un proceso de "chivatización" que es la psiquiatrización del crimen. Se pone en marcha un conjunto de tecnologías de dominación que no son médicas ni higiénicas sino que participan del proceso general de control y represión policial y política. La paranoia en cuestión no es la de los "enfermos" sino la de una población manipulada por los medios y la de un aparato jurídico desorientado que no sabe cómo enfrentar la violencia creada por el propio ambiente cultural con su

incitación a la guerra, con su glorificación del crimen y de las hazañas de los héroes pentagonales que invaden países y luego regresan destrozados como “veteranos” a pregonar sus valores refrendados en los campos de batalla cuando no a suicidarse como demuestran las estadísticas después de recibir el diagnóstico y el tratamiento por “trastorno de estrés postraumático” (PTSD).

Los “pacientes” (anormales, trastornados) deben ser juzgados —como dictamina la paranoia contemporánea— no por lo que han hecho sino por el riesgo de lo que podrían hacer. Puesto que ellos son “peligrosos”, es peligroso que se encuentren con un profesionista renuente a encerrarlos en una institución o dotarlos de una coraza farmacológica y será peligroso que, si los tratamientos no han procurado la solución preventiva esperada para impedir el pasaje al acto homicida o suicida, no haya un tribunal que castigue al intermediario social, al funcionario de la norma que es el psiquiatra armado de sus medicamentos “de acción prolongada” de los que habrá que asegurarse que el sujeto ha recibido aun sin su consentimiento, siendo preferible la inyección a la ingestión oral, tan fácil de burlar o de omitir. La “peligrosidad” que justifica medidas precautorias ¿cuándo empieza? Cualquiera con experiencia clínica sabe que las ganas de agredir violentamente y de matar están presentes en millares de consultantes a servicios de salud mental y en millones de seres que circulan por las calles y que son tan (a) normales como cualquiera, que proferir amenazas contra quienes se interponen en el camino del deseo, incluso de manera colérica, es una reacción habitual y “comprensible”. ¿Habrá que internarlos a todos y sofocarlos con neurolépticos? ¿Por cuánto tiempo? ¿O será que la “peligrosidad” de la que se habla es juzgada siempre de manera retroactiva, es decir cuando, después del crimen, no quedan dudas de que el sujeto era peligroso? ¿Se podrá decir que la psiquiatría es una ciencia exacta con perfecta o casi perfecta capacidad predictiva? ¿Es posible anticipar lo que puede hacer un sujeto y reducir su libertad por la posibilidad de que cometa una acción desmesurada? Lo cierto es que la difusión de estas noticias sobre acciones penales que recaen sobre los funcionarios del dispositivo psi no pueden conducir a otra cosa que a un exceso de prescripciones de medicamentos y un exceso de internamientos compulsivos de personas debidas, no al riesgo que ellos representan, sino al riesgo que corren los psi de ser considerados negligentes si

no aplican esas medidas estimadas necesarias para “proteger a la sociedad”. En otras palabras, la idea de “peligrosidad” se ha desplazado de los anormales a los técnicos encargados de reducirlos. No se trata de juzgar los crímenes sino a los potenciales criminales antes del crimen; no es el acto sino la persona la que debe ser “prevenida” por su potencialidad dañina, no se trata de ejecutar una sentencia penal sino de abocarse a la protección de los demás. La demanda social hecha al psi se va modificando y las amenazas recaen sobre él. ¿Quién podría evaluar con precisión la “potencialidad peligrosa” de un sujeto y trazar la línea entre los que deben ser sometidos a privación de la libertad y tratamientos forzosos con sustancias administradas coercitivamente y los que pueden circular libremente? ¿Quién sabe lo que pasa en el interior del hombre o la mujer que esperan junto a uno la llegada del metro en una estación o el estudiante que siente haber sido injustamente discriminado o rechazado por las autoridades escolares o por los maestros o por sus propios compañeros? ¿Quién no sabe —como ya se dijo— que los llamados “anormales” son más bien las víctimas del acoso que quienes lo cometen y que, en algunos casos infortunados y lamentables, pueden reaccionar con violencia contra los, para ellos, responsables de sus sufrimientos?

Con el tiempo se ha llegado a la conclusión de que el crimen debe ser prevenido y que la función judicial debe pasar del aparato jurídico-policial al dispositivo psi siendo sus funcionarios los primeros sospechosos y los culpables cuando omitieron el diagnóstico correcto del sujeto peligroso y la aplicación de los tratamientos corporales indicados por el Estado y por la propaganda de los laboratorios en una sórdida complicidad con la industria de las armas, de los videojuegos, de la incitación cotidiana a la violencia y a la idealización mediática de la guerra y sus héroes? El manual de diagnósticos psiquiátricos revela aquí su función de reglamento de comportamientos y personalidades que autoriza el aislamiento de los indeseables reconociéndolos por medios técnicos (siempre inciertos) antes de que hagan daño. El tratamiento psiquiátrico preventivo es un equivalente de las “guerras preventivas” (genocidas) que hemos conocido con impotente desesperación en los primeros años del siglo XXI y que, se puede suponer, anticipan la “política” del futuro contra los rogue (vocablo inglés casi intraducible: tunante, patán, canalla, bellaco, arrogante),

naciones rogue, personas rogue. Se declara la guerra contra los rogue, convertidos en encarnaciones del peligro. La palabra rogue no aparece en el texto del DSM-5 pero es el subtexto de muchos "trastornos de la personalidad" que se ubican en la frontera disciplinaria entre la psiquiatría y la criminología.

Hay que entender cabalmente la densa trama de los intereses involucrados en la operación de "salud mental". En 1992, la "representante" (diputada federal) Patricia Schroeder de Colorado presidió audiencias que investigaron las prácticas de los hospitales psiquiátricos en Estados Unidos. Su informe resumió los hallazgos del comité con estas palabras:

Según los hallazgos de nuestra investigación, miles de niños, adolescentes y adultos han sido hospitalizados para recibir tratamiento psiquiátrico que no necesitaban; que los hospitales contratan a cazadores de recompensas (bounty hunters) para secuestrar pacientes con seguro de salud mental; que los pacientes son mantenidos contra su voluntad hasta que los beneficios del seguro se agotan; que los psiquiatras son presionados por los hospitales para aumentar las ganancias; que los hospitales se "infiltran" en las escuelas y sobornan a los consejeros escolares para que envíen estudiantes; que se les pagan bonos de recompensa a los empleados del hospital, incluyendo a los psiquiatras, para mantener la plena ocupación de las camas del hospital y que se concentran en interesar a dependientes de militares por los amplios beneficios que ellos reciben para salud mental.[14] [15]

Una tenebrosa cultura se perfila detrás de esta solidaridad entre la psiquiatría, el sistema jurídico-político, la industria de las drogas psicoactivas, la paranoia colectiva que encarga la "prevención del crimen" a la profesión médica que debe intervenir sobre la gente anticipando sus conductas potenciales a partir de un juicio sobre lo que ellos son o podrían llegar a ser y no sobre lo que ellos han hecho.

Desde hace casi un siglo se alude a una incipiente y futura "ciencia

del cerebro" que responderá positivamente a los enigmas de la "mente", pero estimo que poco de cerebro hay en esas profecías sobre un certero diagnóstico por venir, una vez que se ha reconocido la independencia de la vida con respecto al cerebro que hace posible la vida de relación y una vez que se sabe, por ejemplo, que el 50% de los resultados informados sobre la investigación imagenológica (centellografías, etc.) son falsos positivos y que las publicaciones "científicas" sufren todas de una proclividad a publicar los resultados positivos ignorando los resultados negativos. Ello sucede desde el principio, desde que se envían artículos, pues los investigadores mismos no tienen mucho interés en divulgar los efectos negativos de un recurso diagnóstico o terapéutico mientras que se empeñan en difundir los resultados positivos apoyados por las compañías farmacéuticas que jamás patrocinarían el informe de los efectos negativos, de los efectos secundarios indeseables, de los estudios donde el placebo es igual o superior al medicamento ensayado, etcétera.

Es pertinente insistir en el tema de las relaciones entre la psiquiatría contemporánea y la industria farmacéutica ya esbozado en el capítulo anterior. Relataré un recuerdo personal. Corría el año 1960 y yo era estudiante auxiliar en la docencia en la Facultad de Medicina en Córdoba, Argentina, en el hospital escuela, en la Cátedra de Patología Médica. Constantemente recibíamos la visita de representantes de los laboratorios que promovían sus productos y nos ofrecían "muestras gratis" para "regalar" a los pacientes de la consulta externa y "literatura" promocional para nosotros. Un buen día llegó el "visitador" de Ciba-Geigy que nos entregó una serie de bellos pequeños libros editados por la empresa que trataban de la "depresión". Mis compañeros y yo sabíamos de la existencia de ese "síndrome" y hasta había una serie de productos, inhibidores de la monoaminooxidasa, que podían recetarse a esos pacientes, las más de las veces mujeres en la edad de la menopausia pero también pacientes con la llamada "psicosis maniaco-depresiva" o con cuadros melancólicos. Ahora bien, estos nuevos libros nos "informaban" de la enorme frecuencia de la depresión, de su existencia en todas las edades y como acompañante de todas las enfermedades físicas, de su presencia en todos los casos de enfermedades psicosomáticas que cubrían el amplio espectro de los "trastornos funcionales" en todos los aparatos y sistemas del

organismo (que son la amplia mayoría de los pacientes que se ven en la consulta externa), es decir, que la depresión estaba, manifiesta o larvada, en cada paciente que veíamos y que había sido descubierta por serendipia, casi por casualidad, buscando antihistamínicos, una sustancia maravillosa para el tratamiento de esa “enfermedad”. Había seis tomos dedicados a la depresión de los cuales el sexto se refería al Tofranil y la conveniencia, casi la necesidad, de recetarlo a todo el mundo. No tardamos mucho en descubrir y comentar entre nosotros la maniobra: había que promover la enfermedad para poder promover el remedio. Años más tarde las técnicas se perfeccionaron: congresos en sitios de playa con boletos gratis para el médico y su acompañante, participación en los beneficios de la empresa y hasta cuotas por recetas.

Unos cuantos años después (1987), con el terreno abonado por los tricíclicos (como el Tofranil®) llegó el Prozac® y ahora cualquiera en la red puede leer:

Hasta 1987, los medicamentos para combatir la depresión eran los tricíclicos, recetados en casos puntuales, debido a sus poderosos efectos colaterales, que incluían arritmias cardiacas e infartos en algunos casos. Pero ese año, la FDA aprobó la comercialización de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (SSRI, por su sigla en inglés), un tipo de fármacos que mantiene altos los niveles de este neurotransmisor en el cerebro, vinculado con la regulación del ánimo, sin consecuencias nocivas. Todos se beneficiaron. Desde los pacientes con cuadros agudos hasta aquellos que querían superar pequeños traspiés cotidianos. Porque la llegada de estos nuevos fármacos también cambió la forma en que se diagnosticó la depresión. Antes se creía que los cuadros profundos y reiterados provenían de un desbalance químico en el cerebro y, por eso, se le conocía como depresión endógena. Aquella derivada de un evento exterior, como la muerte de un familiar o de un fuerte estrés, se denominaba episódica o exógena. La primera era una enfermedad, la segunda, no. Sin embargo, pronto los médicos notaron que ambas reaccionaban de la misma manera al tratamiento con los SSRI, por lo que la conclusión fue una: todas las

depresiones, sin importar su grado, tienen una raíz biológica. Todas, por lo tanto, son una enfermedad que debe ser tratada con terapia y psicofármacos.

Pero, la "terapia" lo sabemos, exige una inversión de tiempo y un riesgo de ansiedad que el médico no siempre puede y quiere otorgar. El psicofármaco, en cambio, al ser recetado, permite al paciente irse con la convicción de haber recibido algo y al médico la convicción de haber hecho, "dado", algo. La promoción de la depresión corrió con éxito; fue un triunfo fulminante de la industria. Hoy se la considera como una de las enfermedades más frecuentes en el ser humano que afecta a un alto porcentaje de la población. En 2008 —son los datos más recientes de que disponemos pero la tendencia es al crecimiento— se gastaron 20 000 millones de dólares en "antidepresivos" de los cuales 12 800 millones en Estados Unidos. Un enorme porcentaje de la población los usa de manera constante o intermitente. En 2010 se hicieron más de 250 millones de prescripciones según informe oficial del Instituto de Salud Mental de Estados Unidos publicado en 2011. Los "antidepresivos" ocupan el segundo lugar en tipo de medicamentos recetados, después de los hipocolesterolemiantes (cuya indicación y utilidad son también altamente discutibles, tanto cuanto son rentables para los accionistas). Sin embargo, un estudio respaldado por autores reconocidos en 2012,[16] con decenas de referencias que confirman su propuesta, plantea que estas sustancias debieran dejar de llamarse "antidepresivas" porque confunden a los usuarios con una falsa anticipación. No está demostrado que sean superiores al placebo, que ofrezcan una relación riesgo/beneficio favorable y superior a los tratamientos alternativos, aumentan la ansiedad y la agitación así como las posibilidades de suicidios, interfieren con el funcionamiento sexual y favorecen el pasaje de la depresión a la cronicidad. Por lo tanto, da lo mismo llamarlos antidepresivos que antiafrodisiacos. El nombre de antidepresivos interfiere con la posibilidad del paciente de dar un consentimiento informado a su prescripción. Que se les llame "antidepresivos" es una acción propagandística (de marketing) que no está sustanciada por datos científicos (cualquier cosa que esto signifique). El mencionado estudio no es una referencia aislada sino que estas conclusiones son

aquellas a las que llegan la mayoría de los investigadores que no están comprometidos con la opulenta industria farmacéutica y su calculada generosidad.[17]

No es éste el lugar para discutir las consecuencias de esa manera de "tratar" pues nuestro objetivo, aquí y ahora, es el de mostrar cómo las clasificaciones oficializan y respaldan estos modos de proceder y concurren de esa manera a la misión de que el sujeto sea tratado como enfermo de un órgano, el cerebro, que puede tener trastornos funcionales como cualquier otro órgano, el hígado, digamos por caso. La idea de que la "depresión" de uno no es igual a la depresión del otro y que el modelo hepático (por así llamarlo) de la enfermedad no se aplica al sufrimiento de una persona singular (que es más que un cerebro al cual se aplicaría el modelo hepático) parece una idea trasnochada, anacrónica, impráctica. Queda oculto el mecanismo ideológico en juego, la exclusión del sujeto y de la dimensión transubjetiva de la experiencia humana. ¿Es tan difícil ver la operación política, además de la económica, que está en juego en la promoción de los psicofármacos que requieren a su vez de la poderosa herramienta que es el catálogo de los trastornos?

4. ¿QUE CLASIFICA LA CLASIFICACIÓN?

Lógicamente, para abordar una clasificación, hay que empezar por consolidar la idea de eso que se pretende clasificar: “enfermedades” (CIE) según la Organización Mundial de la Salud (OMS), y “mental disorders” en el Manual de la Asociación de especialistas, Asociación (Norte)Americana de Psiquiatría (APA). ¿Cuál es la “cosa” en cuestión y cuál su definición? Volvamos por un momento a los textos y leamos con atención la “Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales: CIE-10 y DSM-IV” que aparece en una publicación oficial de la OMS en España.[1] Allí se aclara que aunque la CIE-10 reconoce que el término trastorno no es un vocablo preciso, se le utiliza para señalar

…la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. Los trastornos definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales.

El texto admite de modo oficial que la CIE-10 recurre al término trastorno para evitar los espinosos problemas que se plantean al utilizar otros conceptos como enfermedad o padecimiento. Queda claro: la Clasificación de las Enfermedades incluye un extenso capítulo de “entidades” que no pueden llamarse “enfermedades” y se opta por un término diluido, politically correct, que en español es “trastornos” … ya veremos lo que significa.

Por de pronto podemos citar un trabajo importante y reciente que plantea la perplejidad de los psiquiatras mismos cuando hablan de trastornos (disorders) y no de enfermedades viendo las diferencias

entre ambos y con relación a una tercera alternativa que son los síndromes. En un artículo dedicado a nuestro tema, publicado en India[2] se lee:

Antes de estudiar las minucias de la clasificación es esencial entender primero lo que es clasificado. El "síndrome" es una condición caracterizada por un perfil sintomático particular cuya etiología, significación clínica o severidad es variable. La "enfermedad" es una condición con una etiopatogenia específica que tiene connotaciones biomédicas. El vocablo "trastorno", introducido primero como un nombre genérico en el DSM-I de 1952, es un término a medio camino entre una enfermedad o entidad mórbida y un síndrome en lo que respecta a su consistencia, correlatos y significación. […] No existe un punto firme de acuerdo acerca de los umbrales a partir de los cuales puede decirse que un "síndrome" es una "enfermedad". Con nuestros conocimientos actuales, la demencia de Alzheimer es una condición que puede llamarse "enfermedad" porque su fisiopatología y sus causas posibles han sido esclarecidas y probadas. En cambio, la esquizofrenia todavía no califica como una enfermedad.

La esquizofrenia todavía no califica; por lo tanto, el "así llamado esquizofrénico" (Lacan) no es "todavía" un "enfermo mental"… pero podemos esperar que llegue a serlo. Oficialmente, es un "trastornado". Trastornos, en español. ¿Y en otras lenguas occidentales? Disorders, en inglés, troubles, en francés. Tres palabras que se nos presentan como equivalentes de traducción pero que no lo son, pues tienen distintas etimologías y diversas connotaciones semánticas e ideológicas.

Comencemos por el vocablo inglés que, no se nos escapa, es la lengua materna (y paterna) de la ciencia de hoy en día. Order raíz de dis-order, debe traducirse como orden en español y, bien lo sabemos, el sentido se conserva tanto en el masculino, el orden ("colocación de las cosas en el lugar que les corresponde", orden de prelación, jerarquía, "buena disposición de las cosas entre sí") como en el femenino: la orden ("instituto religioso aprobado por el papa,

cuyos individuos viven bajo las reglas establecidas por su fundador" y "mandato que se debe obedecer, observar y ejecutar") más varias otras acepciones que sería ocioso enumerar. El disorder, des-orden, es lo que vulnera el y la orden en todos los sentidos de la palabra: "1. Confusión y alteración del orden; 2. Alboroto, motín, 3. Exceso o abuso". Algunas voces derivadas de orden pueden provechosamente ser señaladas a estas alturas: ordinario, subordinado, ordenanza, ordenador. ¿Es una personalidad ordenada una personalidad ordinaria? ¿Es lo extraordinario algo que se sale del orden, desordenado? ¿Es el ordenador (la computadora) el guardián del orden? Todas estas acepciones y vocablos derivados se conservan en la lengua inglesa, aquella en donde afloran los "trastornos de la personalidad", personality disorders que son "desórdenes", un término técnico "útil" para designar las variaciones humanas en la manera de ser y de ordenarse con respecto a la vida social, el más discutible e inquietante de todos los ítems diagnósticos incluidos en la clasificación y al que no tendremos oportunidad de dedicarnos en este volumen con la minuciosidad que el tema requiere.

Vayamos ahora a la lengua francesa donde la OMS maneja el sintagma troubles de la personnalité. Troubles deriva del latín turba que es "multitud, masa confusa de gente", de donde derivan "turbulento", "turbio", "perturbar" y "disturbio" que significa "alteración de la paz o de la concordia". Esta etimología nos lleva a pensar que los troubles son las perturbaciones de la paz que provienen de las multitudes que carecen de claridad ("turbias") y que vienen a alterar el funcionamiento tranquilo, silencioso, armónico, del orden establecido. ¿Es por esto que a los troublés, a los que crean troubles, hay que clasificarlos, marcarlos con etiquetas diagnósticas y crear para ellos procedimientos "terapéuticos" para des-per-turbarlos?

¿Y en español? "Trastornos" nos orienta imperceptiblemente hacia otro campo etimológico: "tornar" es: "1. Devolver una cosa a quien la poseía; 2. Volver a poner algo en su lugar habitual; 3. Cambiar la naturaleza o el estado de una persona o cosa. 5. Regresar el lugar de donde se partió", mientras que "trastornar" es "1. Volver una cosa de abajo arriba o de un lado a otro; 2. Invertir el orden regular de una cosa; 3. (fig.) Inquietar; 4. Perturbar el sentido, la conciencia o

la conducta de uno, acercándolos a la anormalidad; 5. Inclinar o vencer con persuasiones el ánimo o dictamen de uno, haciéndole deponer el que antes tenía". El "trastornado" es, pues, alguien que ha cambiado, ha desplazado lo que antes estaba en su sitio hacia un lugar inesperado, próximo de la anormalidad, el que no regresa siempre al mismo sitio, el que no hace como el "torno" o el "tornillo" que da vueltas siempre sobre el mismo eje. "Tornar" es dar vueltas en redondo, un "trastornado" es uno que no gira siempre sobre lo mismo, que cambia el eje de rotación.

Nadie, que yo sepa, ha señalado esta imprecisión etimológica y lingüística en términos que se presentan como traducciones o como equivalentes y que definen el campo en el que nos moveremos. Podemos reforzar la idea de la imprecisión epistemológica del tema con una cita tomada de la página oficial en francés de la OMS: "Los trastornos mentales agrupan un vasto conjunto de problemas [sic, cursivas mías], cuyos síntomas difieren. Pero en general se caracterizan por una combinación de pensamientos, de emociones, de comportamientos y de relaciones anormales con los otros". Por cierto que no esperaríamos que el organismo mundial de la salud tenga una idea clara de lo que significan esos sustantivos del vocabulario psicológico en tanto que "normales" o "anormales con los otros". Pero sí está claro que son "síntomas" y por ello se justifica incluirlos en el discurso de la medicina. Escuchemos a los abogados de la clasificación y qué tienen para decir sobre su objeto yendo al otro documento oficial, el de la psiquiatría norteamericana. Según el DSM-IV-TR,

Los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Hay que admitir que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, y que se carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar (por ejemplo, dolor), a una discapacidad (por ejemplo,

deterioro en un área de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad (traducción mía).

Con el afán de ser más amplios y comprensivos, según admiten los psiquiatras gringos, existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales, que las normas son variables.

No olvidemos que la categoría diagnóstica es sólo el primer paso para el adecuado plan terapéutico, el cual necesita más información que la requerida para el diagnóstico. Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen…

Pasamos por alto las redundancias, las denegaciones, los adverbios de confesión (“realmente”) y los pleonasmos. “Clasifica los trastornos de las personas que los padecen” … que pasan a ser las portadoras y las que llevarán el número y el nombre del “trastorno” que las designa en el manual taxonómico. Y ellos no serán “disordered”, “troubles” o “trastornados mentales” sino “pacientes” o “enfermos mentales” una vez que caigan las máscaras de los eufemismos que pretendían disimular la idea básica: derivar a la medicina a los seres “anormales”, a quienes llevan una vida que se aparta de la media o de los “ideales de la cultura” como se dice cuando se define a los trastornados de la personalidad. La idea de “enfermedad” infiltra el campo entero incluyendo con frecuencia a los impugnadores del vocablo que terminan cayendo en consideraciones “psicopatológicas”.

En segundo lugar, vemos que el sustantivo trastorno recibe un adjetivo calificativo, se trata de “trastornos mentales”, pero ¿sabe alguien con claridad lo que “mental” quiere decir? El sustantivo mente, derivado del latín mens y relacionado etimológicamente con

la memoria, cuya diosa es Mnemosine, madre de las musas, existe bajo la forma mind en inglés pero, como sustantivo, no existe ni en alemán ni en francés, razón por la cual ni Freud, ni Lacan ni ninguno de los psicólogos o neurofisiólogos que escriben en esas lenguas usan el término aunque sí, con frecuencia, el adjetivo "mental". Es sintomático que el Oxford Companion to the Mind [3] [4] no ofrezca ni en la introducción ni en el cuerpo del texto de 850 páginas una definición de mind. Cuando uno busca la palabra en el orden alfabético de ese diccionario uno encuentra entradas para Mind and Body, Mind and Brain y Mind-body problem, pero no para Mind en sí. Fácil es comprender de qué se trata y qué es lo oculto, cuál es la esencia del problema, con sólo echar esa rápida mirada: la "mente" es la contrapartida del "cuerpo" (así ya en Cicerón, hace 2 000 años, op. cit.) y el "problema" de la "relación" entre ambos indica el camino que uno debe recorrer para dar con la palabra implícita pero innominada: se trata de las relaciones entre el "cuerpo" y el "alma", a la que de alguna manera y desde la Física de Aristóteles (Peri psikhe) se relaciona con el cerebro. La "mente" es, en consecuencia, la heredera de esa sustancia metafísica, con una milenaria historia en filosofía idealista y en la teología, que es el alma. Es la versión laica del alma a la que, así, se hace pasar como un objeto de la ciencia. Ahora, por fin, entendemos que los "disorders", "troubles" o "trastornos mentales" son la "patología del alma" de cuyo cuidado tienen que ocuparse los nuevos sacerdotes que saldrán de las escuelas de medicina como antes salían de las de teología.

Ya en 1890 William James había definido a la "psicología" como la "ciencia de la vida mental". En el Oxford Dictionary of Philosophy, cit., la tautología se hace deslumbrante: la psicología es la ciencia que estudia la mente y la mente es lo que estudia la psicología. Habrá que lamentar que nunca definiese James qué entendía por vida mental aunque, de alguna manera, la relacionaba con la conciencia, pero —y no sólo desde Freud— todos están de acuerdo en sostener que la "mente" es mucho más que el conjunto de fenómenos y condiciones de la conciencia, a la que por otra parte, nadie tampoco sabe definir. Eso sí, se afirma que "todos sabemos" intuitivamente, de qué hablamos cuando nos referimos a la "conciencia". Para los más avanzados de los filósofos contemporáneos, la conciencia es "un misterio".[5] El ya

mencionado Oxford Companion afirma de lo más campante que “La ‘conciencia’ es a la vez el más obvio y el más misterioso rasgo de nuestras mentes” (cit., p. 160). La mente tiene “rasgos” (features) que son obvios pero misteriosos y por eso indefinibles… aunque no por misteriosos dejarán de ser rotulados como normales y anormales y generar catálogos de trastornos mentales. ¡Ay; tan frecuentes! Sólo ceden el primer lugar planetario en “morbilidad” ante los resfríos, las bronquitis y el reumatismo (Oxford Companion to the Mind, cit., p 470), aunque haya “discusiones furiosas y continuas acerca de los límites exactos de la enfermedad mental: algunos piensan que son un mito mientras que otros, por el contrario piensan que la mayoría de la gente que es aparentemente normal sufre, a menudo sin saberlo de anormalidades psiquiátricas que serían susceptibles de tratamiento.[6] Además, algunos creen que los trastornos psiquiátricos son sencillamente equivalentes mentales de enfermedades físicas mientras que otros argumentan que hay tantas clases de problemas psicológicos como hay individuos que sufren por ellos”. Pero “En la práctica es posible discernir ciertos patrones recurrentes de quejas e incapacidades que pueden ser considerados como entidades razonablemente discretas” (cursivas mías). La clasificación será, pues, la de las “entidades” deducidas de las quejas de la gente por sus “problemas psicológicos”.[7] Eso sí: “razonablemente”.

La clasificación de los trastornos, de las locuras, como aquí las desdisfrazamos, consiste en reconocer y designar diferencias mediante una distinción en el nombre, en el significante siguiendo un modelo botánico o entomológico. Una especie animal o vegetal se define por aquello que no son las otras especies. No sólo se clasifica de modo diacrítico a los objetos naturales; en otro terreno, las obras literarias, por ejemplo, podrán ser designadas según su género: poema, novela, ensayo, biografía, etc. Tres condiciones, entonces, deben reunirse al clasificar.

Uno: Admitir que “No hay clasificación que no sea arbitraria y conjetural” (Borges, op. cit.) pues la clasificación es una partida que se dirime en la mesa del lenguaje, sometida al equívoco y la ambigüedad. Es uno de esos “juegos de lenguaje”, promovidos por Wittgenstein a la reflexión filosófica, donde cada uno de los términos tiene un valor que depende, no de las propiedades de la

cosa en sí (el significante, que no existe fuera del lenguaje), sino de su relación con los otros elementos del mismo sistema, tal como sucede con una pieza en un tablero de ajedrez. “Juegos de lenguaje”, sí, pero de la mayor gravedad; no “juegos de palabras” que podrán ser más o menos divertidos. Las clasificaciones tienen siempre efectos performativos, hacen a lo que nombran, que no se pueden ignorar, que deben ser reconocidos y calibrados; esos efectos materiales de la palabra no son marginales: forman parte, tácitamente, de la clasificación misma y cambian la vida de los objetos-sujetos clasificados.

Dos: establecer diferencias netas entre los ejemplares incluidos y excluidos en una categoría. Este es el necesario carácter diacrítico que da “sentido” a los ítems llamados a la existencia al suponer que tienen una “referencia”, es decir, casos concretos que caen dentro de esos ítems. De nada sirve crear conjuntos vacíos con marbetes imaginarios o abstractos. El taxonomista debe indicar qué rasgos son los mínimos para tipificar un “caso” dentro de un grupo al que se asigna la letra (Borges) o la letra seguida de número (CIE-DSM) que le corresponde en el árbol clasificatorio de los diferentes capítulos y debe aclarar tanto como sea posible la diferencia con la letra o número anterior y el que sigue en el orden establecido. Muchos psiquiatras lamentan las zonas de indefinición diacrítica que tachan de “comorbilidad”, por ejemplo, cuando se diagnostica “depresión ansiosa” o “trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo” —que no debe confundirse con el “trastorno obsesivo compulsivo”—. ¡Qué bien vendría la balanza de san Miguel para pesar a unos y a otros y decidir a qué cielo o infierno deben ir a parar! Alguna “escala” (scale), sacada de cuestionarios autoadministrados podrá cumplir con esa función.

Tres: los ítems de la clasificación deben tener “validez” y “confiabilidad”. Deben asegurarse de que “existen” los rasgos (síntomas — síndromes) que definen los lugares en el plano taxonómico y de que distintos observadores pueden alcanzar un nivel suficiente de coincidencia con relación al objeto a clasificar. Pongamos por caso y como claro ejemplo el de la “inteligencia” y las llamadas pruebas que pretenden objetivarla. Es obvio que la “validez” no depende de la existencia de la “inteligencia” en sí sino de la definición que se dé de ella[8] y que las “pruebas” dependerán

de la idea que el investigador tiene de lo que pretende observar, medir y, de ahí en más, clasificar en una escala que va desde la oligofrenia hasta la genialidad y regocijarse al escuchar cómo repican en sus gráficas las campanas de Gauss. La validez es siempre el resultado de una definición que es "arbitraria y conjetural". Por lo tanto, la confiabilidad (de las pruebas o de los diagnósticos) es también un cociente de las definiciones adoptadas. Por eso las clasificaciones de los trastornos mentales van acompañadas de "glosarios" en donde los expertos se esmeran en definir y cuantificar las variables que ponen en juego y "formar" así a los operarios que aplican la clasificación. Es la función del amo (Humpty Dumpty): imponer los significantes haciendo que los usuarios se sometan a sus definiciones. La OMS y la APA funcionan como el amo que promulga la clasificación y la impone como ley de la corporación de los psi; el manual y los glosarios adjuntos actúan como la universidad que repite el discurso a través de los maestros en las escuelas de medicina, los funcionarios que los aplican actúan como los sujetos en el discurso de la histeria y los "casos" diagnosticados, portadores de la etiqueta, como el objeto, el objeto clasificado y reducido al silencio, el residuo de la operación significante, sin voz ni voto. Los familiarizados con la teoría lacaniana de los "cuatro discursos" encontrarán aquí una síntesis de la operación taxonómica. Los no enterados pueden, si lo prefieren, ignorar este párrafo.

Hecha la clasificación hay que formar a los expertos que la manejen9] para que se hagan cargo de lo que antes era función de magos y ministros del culto. A veces tampoco los psicoanalistas escapan del corsé de la medicina. Freud y Lacan fueron médicos que se formaron en el campo de las "enfermedades mentales" y denunciaron las impases del tratamiento de la "anormalidad" como objeto del discurso médico. Freud se adhirió en general a la terminología de Kraepelin e incorporó nuevas categorías diagnósticas: psiconeurosis de defensa, neurosis actuales, neurosis obsesivo-compulsiva, histeria de conversión, histeria de angustia, neurosis fóbica, parafrenia, a la vez que proponía otros términos para designar "objetos" de esa psiquiatría, etc. Lacan propuso en su tesis de 1933 la entidad "paranoia de autopunición" y muchas veces rotuló a los pacientes que encontraba en la literatura y a los suyos propios con una terminología psiquiátrica aunque prefería fórmulas

evasivas: “el así llamado esquizofrénico” o los padecimientos que “nombran como psicosomáticos”. Pero ambos acabaron por entender y manifestar que hay sufrimiento en una cantidad infinita de personas (sujetos) y que cada uno sufre a su manera singular y única por lo que cada “caso” debía estudiarse en su particularidad, olvidando el saber general sobre situaciones clínicas parecidas y los diagnósticos así como toda referencia a “normas”. Su clínica no es de síntomas y síndromes sino de lo que sucede en el encuentro dialógico y dialéctico con el “analizante”, el que lleva activamente y no pasivamente (paciente) el análisis, una “clínica bajo transferencia”. En esas maneras de sufrir-gozar pueden reconocerse ciertas maneras de vivir la relación con el Otro, maneras diferenciadas, que llamamos “estructuras clínicas” o, mejor, “posiciones subjetivas” (con relación al Otro y a la Ley) que presentan rostros cambiantes, tal como se evidencia en la situación analítica. La clínica del sujeto, la única que importa, es la de sus relaciones con el Otro; el único mandamiento para el psicoanalista es el de respetar esa posición subjetiva que es manifestación de su “verdad” singular.

En el estado actual de la cultura reina una indiscutible pregnancia del modelo médico[10] pues la psiquiatría recibe el encargo de “manejar” a todos estos pacientes o clientes de sus servicios. Ya en la introducción al glosario de la CIE-9, sir Aubrey Lewis decía: “Como las enfermedades son en todo caso conceptos abstractos, no es de extrañar que las entidades nosológicas con que trabajan los psiquiatras estén mal delimitadas y se entremezclen. Las variaciones imputables al observador son tan patentes que resultan desconcertantes. La precisión es insuficiente para las necesidades científicas”.

¿Qué es entonces, si no son enfermedades ni trastornos, lo clasificado? Simple respuesta: ¡Las demandas que se le formulan al dispositivo psi en el que los médicos (-iatras) llevan la voz cantante! Esas demandas se vuelven estereotipadas y por eso “clasificables”: cada día tienen un carácter más proteiforme, sintomático, automático y engloban todas las dificultades de un sujeto en su vida cotidiana. ¿Qué saber posee, qué saber habilita al psiquiatra para encargarse de un seropositivo, un alcohólico, una víctima de la violencia, un delincuente, un “desviado” sexual, un cura o maestro

pederasta, un demente, un epiléptico, un niño rebelde, un golpeador en la familia? Ellos ni necesitan ni piden ser "psiquiatrizados"; es el Otro (o el sujeto mismo asumiendo la ansiedad del otro, identificándose con él) quien, en su angustia, clama por un "técnico" y pone en marcha el dispositivo psi. Nada predestina a los dramas humanos a ser digeridos por el supuesto saber médico que los asimila a enfermedades. La cuestión que se ignora cuando se envía a alguien a ser "tratado" y sale con su paquete de "medicinas" es la del sujeto sufriente (y gozante) por su condición de marginal con relación a las normas de la cultura. ¿Quién, en el fondo, no es de una u otra manera marginal, fronterizo? ¿Cuántos hay que no pertenecen a alguna de las múltiples minorías que en su conjunto hacen una amplia mayoría de gente "rara" (queer)? Hay que decirlo con claridad e insistir: el sufrimiento psíquico no es un llamado a la intervención del médico que está inerme ante él, se protege con una prescripción burocrática de medicamentos sintomáticos que, por la vanidad de la respuesta, no hacen sino prolongar o entretener el sufrimiento. El sufrimiento es una sustancia que no se puede ni se deja clasificar. ¿Es la noción de enfermedad mejor que la de pecado o la de embrujo para explicar el sufrimiento de alguien? Habrá que aceptar que el sufrimiento depende de la "vida social" de un sujeto inmerso en estructuras sociales, libidinales, antropológicas, culturales, económicas, políticas, respecto de las cuales el psiquiatra es tan ciego como la mayoría pues ¿dónde habría adquirido el conocimiento válido para afrontar esas dificultades? La formación médica deviene, en tal caso, un obstáculo en la respuesta a una demanda que no se ha sabido escuchar y cuyo origen permanece oscuro porque es, por lo común, la demanda del Otro. El furor sanandi es un síntoma, el del médico inserto en un dispositivo que lo lleva a desconocer el objetivo de las acciones que se le ordena cumplir, fundamentalmente, la "normalización" de la subjetividad.

5. CRÍTICA A LAS DOS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES EN PSIQUIATRÍA

(CIE DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y DSM[1] DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE ESTADOS UNIDOS)

Después del repaso de la historia y el objeto de las clasificaciones ubicándolas en el contexto amplio de la medicalización nos permitiremos discutir sus rasgos y retroceder hasta encontrar los fundamentos de la taxonomía psiquiátrica, de la fabricación, inclusión y promoción de enfermedades como forraje para alimentar y engordar al dispositivo psi y a sus funcionarios.

Volvemos a nuestro texto homónimo de 1980 para informar de los supuestos "cambios" escenificados desde entonces en el campo de las clasificaciones de los trastornos mentales… y los que se avecinan en esos proyectos taxonómicos de los organismos internacionales que se internan hasta 2015. Es tarea pendiente porque, poco después de la presentación de mi primer trabajo de 1977, en 1978, las instituciones (ir-)responsables cambiaron la clasificación y comenzó a implementarse el uso de la CIE-9 en lugar de la CIE-8 que yo había desmenuzado. La CIE-9 complicaba todo y lo hacía más cuestionable al imponer que el diagnóstico debía formularse, no con un "nombre de trastorno" (y un número), sino de manera coaxial según tres ejes (había que aplicar a cada caso un triple diagnóstico): a] el diagnóstico clínico —diagnóstico de enfermedad — que englobaba toda la patología psiquiátrica, médica en general y de la personalidad sin hacer distinción entre la psiquiatría y el resto de la medicina; b] el diagnóstico de discapacitación social — diagnóstico funcional— que, según el texto, "valora cuatro áreas de funcionamiento social (personal, familiar, laboral, social amplia) y afirma que hay una relación inversa entre la discapacitación y la calidad de vida", y c] el diagnóstico de los factores ambientales y relativos al estilo de vida que hacen referencia a la enfermedad — diagnóstico situacional— que abarca tanto circunstancias del

pasado como del momento actual. A cada enfermo sus tres diagnósticos. ¡Qué caótico embrollo! ¡Qué transparente la intención: no sólo nombrar una enfermedad sino también "diagnosticar" la desviación de la norma.

Se leen con claridad las presuposiciones (mejor dicho, imposiciones) de los "tres ejes":

a] El primer eje, "toda la patología", disimula una viperina duplicación: está la "patología psiquiátrica", médica, pero se agrega otra, "de la personalidad", que, siendo psicológica (por darle un nombre) era excéntrica al campo de la medicina. Subrepticiamente se había introducido de contrabando en la psiquiatría esta "patología de las maneras de ser" que no es ni fue nunca asunto de la medicina tradicional pero que remite al hecho de que algunas personas son diferentes (en un mayor o menor grado que no se especifica) de las demás. Esa diferencia es "diagnosticada" e incluida en el conjunto de la práctica médica y de la "asistencia sanitaria". En otras palabras, se ha medicalizado a los "anormales" que podrán ser calificados por su "personalidad" según criterios "sanitarios". La psiquiatría se arroga la función de guardiana de la norma e instrumento de marginalización. ¿Cómo podría, a partir de entonces, el diagnóstico de trastorno de la personalidad no ser un estigma, una marca perdurable en la vida de alguien?

b] En el segundo eje se recurre al barbarismo de "discapacitación" (¿para traducir handicap?) y se afirma que esa "desventaja" se muestra en la "calidad de vida" que nunca se define (—¿Cómo; usted no sabe lo que es? ¡Qué ignorante!) y se supone que es una medida estandarizada para todos y que todos conocen. Luego (con el eje III) se suma el "estilo de vida" como variable a ser clasificada; el aparente esfuerzo por desalojar el concepto de "enfermedad" traduciéndolo en términos de "trastorno" se echa por la borda pues se introduce sin más rodeos la palabra disease que se pretendía evitar abriendo así el espacio para todo tipo de prejuicios y "buenos valores" en nombre del antónimo de la enfermedad: la "salud".

c] Al mismo tiempo se alude a la historia personal pasada y al análisis del presente del sujeto. Las condiciones en que se desarrolla

la vida (el estilo, las dificultades ambientales) se transforman en motivo de un diagnóstico. Se abre así un nuevo campo para la intrusión del médico en el área social sin que nada lo haya preparado para intervenir en ella.

La psiquiatría incorpora toda la masa de las “conductas anormales”, a veces y en nuestra época llamadas “disfuncionales”,[2] apoderándose de lo que pertenecía al discurso moral, jurídico o policial. La psiquiatría es la bisagra que reúne a la medicina (como ciencia del cuerpo) con la política y el aparato judicial encargados del cumplimiento de las normas “funcionales” que regulan la vida de los habitantes del mundo entero. La conformidad con “lo esperado” según las normas de la cultura será sinónimo de salud; la impugnación, de enfermedad. Se trata de dos usos o dos realidades de “la norma”: por una parte, a] la norma que se opone a la irregularidad y el desorden —perteneciente, más bien, al campo del derecho; por otra parte, b] la norma como lo que se opone a lo patológico y lo mórbido convertido en “morboso”, que se inscribe en el campo de la medicina. La psiquiatría queda incluida en el espacio entre las dos normas y en cada una de ellas pone un pie que le sirve de apoyo. Por eso no necesita esas pruebas “objetivas” de “enfermedad” que se exigen en medicina general. El psiquiatra pasará a ser el funcionario de la norma (social, jurídica) y podrá entender en casos de “psicopatía”, “sociopatía”, “perversión”, “homosexualidad”, “cleptomanía”, comportamientos violentos, “conflictividad”, conductas delictivas, tristeza duradera, timidez, aislamiento social, “disfuncionalidad familiar”, fracaso escolar o laboral, anorexia y bulimia, alcoholismo y otras adicciones así como en los ejemplares humanos dominados por alguno de los siete pecados capitales. ¿Los siete? A ver, contemos: ira, pereza, soberbia, gula, lujuria y envidia. ¿Siete? No; seis. Falta uno del cual ni la CIE ni el DSM-RV-TR ni el futuro DSM-5 no dicen ni pío: la avaricia. Pues hay “trastornos de la personalidad” descritos en todas las áreas del comportamiento… excepto con relación al dinero. ¿No es curioso? ¿Será que en este aspecto, el de la codicia (covetousness) y el del atesoramiento, el sujeto no se “aparta acusadamente de las expectativas de la cultura”, según reza la definición del trastorno de la personalidad y por eso no es incluido en los grupos de

“anormales” que reconoce la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos?

Regresemos a la serie histórica de las taxonomías y observemos los “avances” de la política expansionista de los médicos psi. A su debido tiempo, la Asociación Norteamericana publicó, en 1980, para mantenerse a la altura de la OMS, el DSM-III[3] un catálogo que pretendía ser más que una nomenclatura pues incluía criterios diagnósticos explícitos y, en vez de los ya mencionados tres ejes “internacionales” de la CIE-9, entronizaba un sistema “perfeccionado” de cinco ejes que debían conservar los diagnósticos psiquiátricos (el primero para las “los trastornos clínicos y otras enfermedades que puedan ser objeto de atención clínica”, el segundo para la “debilidad mental” y los “trastornos de la personalidad” (¡?),[4] el tercero, para “las enfermedades médicas y los problemas físicos cuando van acompañados de un trastorno mental” (que permite la intervención del psiquiatra en todos los casos que no son psiquiátricos) más un cuarto “eje” que permitía y hasta obligaba a diagnosticar “los problemas ambientales y psicosociales que contribuyen al trastorno” y, por fin, un quinto “eje” para calibrar, según la opinión del clínico, el nivel de estrés y del funcionamiento y la actividad del paciente. Los múltiples “ejes” de este camión se conservaron en el DSM-IV (1994)… pero, como ya se anticipó, han sido condenados a extinguirse sin dejar descendencia en el inminente DSM-5 que se anunciará (sin bombos ni platillos, con cierto embarazo cuando no lisa y llana vergüenza por las reconocidas limitaciones y por el escándalo político y financiero de su construcción) después de más de diez años de trabajo de un grupo de trabajo (task force) de 27 personas que gastó 25 millones de dólares en sus discusiones. Será proclamado como nuevo texto rector en mayo de 2013, en San Francisco, la ciudad de Vértigo, a la sombra del Golden Gate. Como se ve, los taxonomistas no descansan… y no nos dejan descansar con sus “mejoras”. Observémoslos mientras siguen discutiendo la CIE-11 que quieren promulgar con fuerza de ley mundial en 2015.[5]

Entre la CIE-9 (de 1978) y la CIE-10 (implementada entre 1983 y 1999) se registra un aumento descomunal en la cantidad de “entidades clínicas” y su nomenclatura. La novena clasificación incluía un capítulo 5 de los “trastornos mentales” mientras que en

la décima se le llamó “Capítulo V de los trastornos mentales y del comportamiento”. Además del inane pasaje del número arábigo al romano lo que se volvía trascendental era el agregado explícito de que el comportamiento se convertía en tema de la psiquiatría, algo que, según veremos, Foucault había señalado como operante desde mucho antes, desde la segunda mitad del siglo XIX, pero que todavía estaba a la espera de una declaración oficial de corrimiento de los límites y ocupación territorial. Se observa además un cambio en la manera técnica de clasificar para dejarla al servicio de las computadoras y ensanchar el campo de lo clasificado. Textualmente: “La estructura de los códigos de la CIE-0 es alfanumérica con una letra inicial seguida de una cifra de dos números, un punto y hasta dos posibles dígitos más. Los códigos se inician con la letra «F», (the f word) y este capítulo V está constituido por 78 categorías agrupadas desde F00 hasta F99 [con los subíndices la cantidad se eleva a más de 280]. Así se ha aumentado considerablemente el número de categorías disponibles para la clasificación, superando con amplitud a la CIE-9-MC que sólo tiene 30 categorías (290-319)”.[6] Abordemos aquí, nosotros, los capítulos que integran la clasificación, las “cosas” que se consideran “trastornos mentales” y el orden borgesiano de sus enunciados.

En primer término, los trastornos orgánicos, neurológicos o no —el criterio es anatómico: son las enfermedades del cuerpo que ocasionan o se manifiestan con síntomas “mentales” (Guía, p. 71)—. En el segundo lugar, los “trastornos mentales debidos al uso de sustancias psicoactivas” (Guía, p. 95) —aquí el criterio es la sustancia que los provoca por su presencia tóxica o por la abstinencia. El tercer lugar (Guía, p. 129) corresponde a la esquizofrenia,[7] los trastornos esquizotípicos[8] (“que de lejos parecen moscas”, diría Borges) y los trastornos delusivos (se ha eliminado el término “delirio” —salirse del surco— al que se sustituyó por el anglicismo “delusión” —que en el español del DRAE significa “engaño de los sentidos”) —el criterio abarca las situaciones de inadecuación social que se consideran como locura, palabra, por supuesto, nunca usada. Mala palabra.

A continuación toca el turno de los trastornos “del humor”[9] (Guía, p. 153) y más adelante se llega a los “Trastornos neuróticos,

trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40-F48)", todos juntos. Un buen ejemplo de los despropósitos en los que cae la clasificación puede verse en esta aclaración: "La utilización de un doble diagnóstico (en F30-F39 y F40-F49) a pacientes con grados ligeros de depresión y ansiedad concomitantes, no ha satisfecho a muchos psiquiatras, a quienes parece arbitrario suponer que el paciente tiene dos trastornos y no uno solo, que lo hace estar ansioso y deprimido a la vez"[10] (Guía, p. 181). A veces el manual incurre en aclaraciones geopolíticas que harían el deleite de un Jonathan Swift o de un Julio Cortázar. Así: "En Cuba, por ejemplo, es muy frecuente la aparición de dificultades sexuales (falta de deseo o disfrute sexual, eyaculación precoz, ausencia de orgasmo, erección insuficiente o ausente, etc.) en personas que están expuestas a situaciones irritantes y persistentes" (Guía, p. 196). Se incluyen aquí también como "trastornos disociativos" la histeria, la histeria de conversión, la reacción de conversión y. el "Ataque de nervios. Véase síndromes culturales latinoamericanos" (F44, p. 197).

El siguiente capítulo es el de los "síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos" (F50-F59) donde topamos con el injerto de muchas categorías borgesianas. Para citar algunas, cada una, por supuesto, con su letra y número: pesadillas, vaginismo, abuso de antiácidos, anorexia nerviosa atípica. Aquí figura como "F52.0" la falta o pérdida del deseo sexual que se define con precisión cronométrica: "C: Interés en iniciar relaciones sexuales con la pareja o masturbaciones con una frecuencia de menos de dos veces al mes o con una frecuencia claramente reducida respecto a los niveles anteriores". La Guía Latinoamericana de Diagnósticos Psiquiátricos en una inusitada muestra de prudencia, "sugiere que el clínico sea flexible en la interpretación del criterio 'C' en lo que concierne a la frecuencia de 'menos de dos veces al mes', aunque para propósitos de investigación este criterio puede utilizarse si se estima oportuno para el proyecto en cuestión". En serio, estimable lector; así está escrito en la página 224; las cursivas son de la Guía misma, no fueron metidas por este autor para que se divierta.

Luego viene el capítulo más discutible de la teoría y praxis de la psiquiatría en cuanto se arroga los llamados "Trastornos de la

personalidad y del comportamiento en adultos (F60-F69)". En la Guía Latinoamericana, ocupan más de 30 páginas (pp. 235-266) y lamentamos no poder ocuparnos de ellos con la requerida minuciosidad que deseamos, dada la particular gravedad política y social del tema y la ligereza con que es abordado. Como ha sido tradicional, inmediatamente después de los "Trastornos de la personalidad" sigue, "lógicamente", el capítulo de "Retraso mental (F70-F79)" —el criterio es el cociente intelectual medido con tests (Guía, p. 267) —y después el de "Trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89)" (Guía, p. 275), donde se incluyen "cosas" como la afasia infantil, el autismo, el "trastorno específico del deletreo (ortografía)" y "demás dificultades escolares". Ya casi para terminar el manual de diagnósticos se enumeran los "Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescecia (F90-F98)" —el criterio es la edad— donde encontramos: "Trastornos disocíales" —el criterio es la adaptación a la familia y la escuela— y varias otras categorías miríficas como: "Mutismo electivo", "Trastorno de la vinculación en la niñez, tipo reactivo". Aparecen también: "Comerse las uñas (onicofagia)" que es F98.8, el mismo dígito que corresponde a "succionarse el pulgar". "Trastorno de la vinculación en la niñez, tipo desinhibido". "Otros trastornos del comportamiento social en niñez", especificados. Tampoco podía faltar: "Trastorno del comportamiento social en la niñez, no especificado". Más posibilidades aún para los niños: "Trastorno disocial limitado al contexto familiar", "Trastorno disocial en niños no socializados", "Trastorno disocial en niños socializados", "Trastorno opositor desafiante" y "Otros trastornos disociales, especificados" acabando con el desopilante "Trastorno disocial, no especificado" (cursivas mías).

Casi para acabar, pues nos faltan aún joyas en la corona: "Trastorno mental, no especificado (F99)" (Guía, p. 327) que trae eso que, según dijimos, ni Borges imaginó, algunos códigos "complementarios" que culminan en "Z03.2 Sin trastorno psiquiátrico manifiesto". Este ítem es invalorable no sólo por ser el "etcétera" de Borges sino porque aclara lo que sucede con el resto de los ítems. Hay que diagnosticar algo y poner un número siempre que uno es invitado a hacerlo. Queda claro que el objetivo del taxonomista es clasificar las demandas que pueden hacerse a un psiquiatra, aun las inmotivadas, con la expectativa de que éste

encuentre un espacio, un "cajón" en el cual incluir el "caso". Si no cabe en uno de los cajones… la cajonera toma su lugar.

La CIE-9 (1978) agregaba "la personalidad" que no figuraba en la CIE-8. La CIE-10 (1983) invade otro país: "el comportamiento". La política de expansión y colonización de nuevos territorios es obvia pero su operación es sigilosa; la invasión nunca se manifiesta explícitamente ni se dicen sus razones. Se parece a la conocida táctica de "asentamientos" en territorios ocupados pero esta vez no al margen o en contra de los organismos internacionales sino en nombre de esas mismas "Naciones Unidas" de las que la OMS es un órgano. Fácil es detectar cuáles son los blancos apuntados por este neocolonialismo: no los "enfermos" (que ya estaban ahí) ni los "trastornados", sino los anormales. Como desde siempre se ha sabido que se puede influir sobre las personas y sobre sus conductas por medio de sustancias químicas (alcohol, café, tabaco, sustancias de origen vegetal que alteran la conciencia, etc.), los anormales pasaron a ser clientes de la provechosa industria psicofarmacológica que desarrolló nuevas sustancias en el laboratorio y pasó a venderlas como "específicos" en las farmacias. El psiquiatra no se limita a clasificar y eventualmente segregar a los "diagnosticados" sino que ahora dispone y dispondrá cada vez más de herramientas para "normalizar" a esos sujetos sin que sea necesario que tenga una idea de las causas (en el vocabulario médico, la "etiología"), y aun sabiendo que no hay una "patología" (anatómica, histológica) de esos "trastornos" ni una fisiopatogenia, un conocimiento de los mecanismos involucrados, que siempre se dice que está por venir, que en algún día ya próximo se conocerán los neurotransmisores responsables. Basta presuponer una alteración de los neurotransmisores y saber que (y cómo) se puede actuar sobre algunos de ellos para estar en condiciones de "regular" los comportamientos por medios químicos con sustancias "psicoactivas". El psiquiatra, armado con la clasificación internacionalmente consagrada y con el arsenal de armas químicas que la industria pone en sus manos, se hace el gerente de "la personalidad" (desde el CIE-9) y el funcionario "del comportamiento" (desde el CIE-10) además de convertirse en un "experto" en relaciones interpersonales sobre las que nada pudo aprender o ser enseñado en su pasaje por las escuelas de medicina. Este proceso es la mentada "medicalización de la normalidad y la

anormalidad". En un artículo de nuestros días (febrero de 2013) que se mezcla totalmente y corre entreverado con el hilo rojo de nuestro discurso, leemos:[11]

Con la obscena proliferación de los diagnósticos, el psiquiatra de hoy tiene poco margen para demostrar una verdadera pericia clínica. No es dueño de la prevención, pues la valoración actual del pavoroso "riesgo" o "vulnerabilidad" nos hace a todos potenciales trastornados. Ni el diagnóstico mismo, como hemos visto, es ya de su incumbencia. Esa tierra antaño frondosa en desafíos, en la que demostraba por igual conocimiento y creatividad el médico bregado, hoy le precede y existiría aun sin él, pues igual diagnostica el amigo que el enemigo íntimo, el tendero que el catedrático. El psiquiatra, en fin, tampoco puede aventurar un pronóstico que está en los libros y que en su disciplina significa, las más de las veces, cronicidad, o lo que es lo mismo, fidelidad al producto. Muy diferente al resto, al loquero le queda entonces, para poder sentirse también médico, el dudoso privilegio profesional de la prescripción, de tener el sello de las recetas lícitas. Ser el sereno de guardia con la llave de la farmacia. Y claro, justificar con un buen diagnóstico la prescripción de las drogas psiquiátricas puesto que su potencial adictivo y dañino es mucho mayor que, por ejemplo, el del alcohol o el del tabaco, y precisa de su supervisión… y de un nombre para la demanda de ese consumidor que, en adelante, tendrá ya sus "antecedentes psiquiátricos". En el colmo de su degradación, aquel "médico humanista" que fue el psiquiatra ya no puede aspirar ni a "camello", a dealer autónomo, puesto que las guías clínicas le dirán a quién drogar y con qué, y a no mucho tardar hasta lo acusarán de negligencia y desposeerán del título si no cumple con la recomendación científica que dicta "la evidencia".

Después de prestarle la palabra al colega español, paso a expresarme en tercera persona: Cabría acusar al autor de estas líneas —las mías— de una toma de partido radical y mal podría él defenderse arguyendo que es también médico y al formarse como psiquiatra algo aprendió sobre el campo epistemológico de la locura y es desde esa posición que abordó, tantos años atrás, el tema de las

clasificaciones psiquiátricas sufriendo como represalia la cólera de los paladines de la especialidad que lo excluyeron de su gremio. Se le podría acusar también de que, 35 años después, desconoce los inmensos avances de la psiquiatría genética y de la neurociencia contemporánea con los descubrimientos imagenológicos permitidos por la emisión de positrones y la centellografía capaz de adentrarse en las húmedas intimidades neuronales. Pido, una vez más, que se le permita defenderse dando la palabra a quien sabe más y mejor que él cuál es la situación en el interior de esa disciplina que necesita de defensa e ilustración. Ya hemos citado la conferencia de Héctor Pérez-Rincón; es llegado el momento de escucharlo y admirar su bien-decir que es, como sabemos, una ética:[12]

Después de los años y de los miles de artículos publicados desde esta perspectiva [neurocientífica], la esperanza parece alejarse como el horizonte en altamar, pues se vio, al menos para los observadores más perspicaces y desprejuiciados, que ese cúmulo de conocimientos y sus atractivas hipótesis no han brindado, hasta el momento, alguna aportación realmente sólida y universalmente comprobada y aceptada referente al diagnóstico, al pronóstico o al tratamiento de la patología mental, y que el hombre neuronal que se nos ofrecía era, más bien, un modelo muy esquemático, prematuro y algo cándido, una especie de versión actualizada de los modelos anatómicos desollados de los artistas renacentistas, que estaba lejos de poder sustituir, como se había propuesto, la compleja realidad del hombre-sujeto de la fenomenología, que habita la noosfera. Los síntomas mentales que se observan acompañando a algunos trastornos neurológicos son, además, desde el punto de vista fenomenológico, las más de las veces diferentes de los síntomas sobre los que se estructura la psicopatología, a pesar de que usemos con frecuencia los mismos nombres para calificarlos.

Todos los intentos de fijar límites entre los trastornos sistemáticamente fallan y se encuentran zonas de confluencia: depresión, angustia, trastorno de la personalidad, trastorno somatiforme, exaltación pasajera o permanente, timidez, aflicción, esquizofrenia, trastorno limítrofe o bipolar, etc. Todos son términos

fallidos en lo que se refiere a su poder de discriminación entre clases de trastornos y se acaba reconociendo que, a juicio de unos, una “anormalidad” puede llamarse de una manera y a juicio de otros, de otra. Entonces, buscando disolver las diferencias, se recurre a la noción de “espectros”, trastornos del “espectro esquizofrénico” o del “espectro afectivo” amalgamando lo que previamente se separó. Si los trastornos fuesen categorías independientes la coexistencia de uno con otros debería ser un hallazgo azaroso… pero eso nunca sucede; nunca se sabe dónde empieza la angustia y cómo se distingue ese comienzo del de la depresión o la esquizoidía o la esquizofrenia. La categoría que se invoca para definir lo indefinible es ahora la de comorbilidad (¿de cuáles “morbos” si la “enfermedad” es una palabra tan incómoda?). Habrá que reconocer, dentro del propio sistema clasificatorio, que, a lo largo de la corriente vital y sometidos al juicio de “expertos”, los individuos entran y salen de los distintos “diagnósticos” y que un día son normales, otro depresivos, otro angustiados. O sufren manifestaciones “somatiformes” (¡?) —la infortunada palabra ha sido condenada a desvanecerse en la nada en el inminente DSM-5— ya no la oiremos, la remplazará el “trastorno con síntomas somáticos” o cualquier otra denominación rebuscada para no decir “histeria”. Las drogas para tratar todos estos trastornos son unas veces éstas y otras veces aquéllas y a veces funcionan y a veces (las más) no mejor que los placebos aunque ¿quién podría decirlo?, la prescripción depende de la propaganda de los laboratorios que pretende que su marca ® es “específica” aunque la mayor parte de los “medicamentos” son usados para toda clase de síndromes. Nada se sabe sobre cuál es mejor para qué y mucho menos hay estudios sobre las dosis recomendables para un trastorno en un sujeto singular o sobre la predecibilidad de los “efectos secundarios”. Nadie pretende, tampoco, que esas drogas “curen” nada; se reconoce que todas las sustancias tienen efectos mientras dure su presencia en el organismo y cualquier eventual alivio sintomático cesará cuando cese la administración. Toda medicación basada en estas clasificaciones es un ensayo a doble ciegas: ceguera del médico y del llamado paciente.

La conclusión que sacan los psiquiatras es incierta y ciertamente deprimente: o la psicopatología no consiste en entidades mórbidas discretas como las que se numeran y letrifican en la CIE y en el

DSM, o la psicopatología sí consiste en entidades discretas pero no son las que se reflejan en las actuales categorías diagnósticas, o la naturaleza de la psicopatología es intrínsecamente heterogénea consistiendo a veces en “enfermedades”, a veces en “reacciones” inadaptadas pero comprensibles o poco o nada comprensibles o a medias adaptadas y a medias no… porque no se sabe cuál sería la reacción normal o en “síndromes” o en “trastornos”, etc., y las diferencias entre normalidad, neurosis, variaciones personales, síndromes reactivos, “estados transitorios”, dificultades vitales pasajeras y permanentes, alteraciones vinculadas a la cultura o cualquier intento de poner orden en medio de los desórdenes está condenado al fracaso porque no se ha entendido qué es lo que hay que clasificar y son oscuros los intereses de los autores de los glosarios y los incisos de la CIE y el DSM, cualquiera sea el dígito que siga y el año de su promulgación legal lo que incluye desde ya, por adelantado, al 2013 del DSM-5 © y ® y al 2015 de la CIE. Loca, loca, es la empresa de clasificar a la anormalidad y encomendársela a la medicina.

En la discusión del nuevo DSM-5 se pusieron en evidencia las maniobras de los laboratorios para aumentar la “cobertura” engrosando la cantidad de diagnósticos y bajando los umbrales. El escándalo público desencadenado por los rumores consiguió que se anulasen categorías que ya estaban decididas como la de “riesgo de psicosis” que hubiera permitido tratar con (peligrosos) neurolépticos a decenas de miles de jóvenes cuando no niños y adultos que recibiesen ese diagnóstico. ¿Es la timidez un trastorno mental? Se trató de que lo fuese. ¿Y la aflicción (bereavement) que suplanta a la palabra mourning —duelo— ¿a partir de cuánto tiempo es un trastorno mental? Se resolvió que si la aflicción duraba más de dos meses ya calificaba como tal y por lo tanto se podía poner un número y medicar con antidepresivos. ¿Y las comilonas (binges)? Son trastornos psiquiátricos cuando son “más de doce en un periodo de tres meses” (LOL). ¿Y cuánta es la concentración mínima para que se diagnostique “trastorno de déficit de atención” (diferenciando el infantil del adulto)? ¿Y las rabietas de los chicos (tantrums) —cuántas—? ¿Y los olvidos seniles que no son manifestación de demencia? ¿Y las adicciones conductuales al internet, a los videojuegos, a los deportes de alto riesgo? ¡Todos mental disorders!

Nadie se extrañó cuando se supo que los miembros del grupo de trabajo de la APA tenían intereses e inversiones en las compañías farmacéuticas. Fue entonces cuando pactaron que debían mantener un secreto absoluto sobre sus deliberaciones y que no podían recibir de los laboratorios de especialidades más de 10 000 dólares por año ni podían tener más de 50 000 dólares en acciones. Esas restricciones operan mientras dure su participación en la elaboración del manual. ¿Y después? ¿Qué sucede con la llamada "inside information" y la posibilidad de intervención de familiares, testaferros, etc.? ¿Puede alguien confiar en la apelación a la "cientificidad" de un documento que tiene esos vicios de confección? La elaboración del código ha tomado como prioridad lo que conviene a los miembros de la corporación y del dispositivo psi, incluyendo a las industrias que subvencionan la "investigación", sostienen con sus anuncios a las publicaciones especializadas y disponen de un lobi de presión que funciona dentro y fuera de la asociación psiquiátrica. La Asociación, por su parte, hará del DSM-5®, del que detenta el © y el monopolio de la distribución, un best-seller. El ejemplar costará al comprador 149 dólares en la versión en rústica y 199 en la de tapa dura.[13] El tiraje será ilimitado: de tantos ejemplares como quiera la Asociación que, no sin razón, confía en el cuantioso público cautivo. Cada psi, cada hospital, biblioteca médica, universidad, asegurador, propagandista de psicofármacos, etc., deberá tener uno a la mano además de las regalías que se cobrarán por la venta de traducciones a casi todos los idiomas. Los reconocidos defectos del producto, el boicot organizado por los opositores, la distribución de los números, códigos y definiciones por internet, y el descrédito mismo de la institución pueden reducir el volumen de las ventas. Allan Frances (op. cit.) de quien ya hemos dicho que fue el principal responsable del DSM-IV piensa que lo irrazonable del precio junto con las razones apuntadas hará que la clientela sea menor y anticipa dos resultados, uno bueno y uno malo. El bueno será que se reduciría así el daño hecho por este engendro; el malo será que "ya" no habrá consenso en los diagnósticos psiquiátricos.

Por nuestra parte, después de cuanto hemos dicho sobre la clasificación de estos "trastornos", sin creer que los DSM, cualquiera sea su número, por su ausencia de fundamentos epistemológicos, llegasen a tener efectos positivos, podemos alegrarnos de las dos

cosas a la vez y soñar con un final definitivo de la empresa de clasificar a los seres humanos dentro del programa de medicalización de la sociedad al que apunta el discurso de los mercados globales. Cuando lo irracional muestra que, además, es absurdo, se abren las exclusas para una reflexión crítica y una modificación desde el interior mismo del dispositivo psi: se podrá reconocer que los sistemas internacionales de clasificación de los trastornos son el mayor obstáculo epistemológico que opera en su interior.

A. Frances,[14] principal responsable del DSM-IV, descubre ahora (un poco tarde) que el DSM-5, de cuya redacción él se ha apartado, es un instrumento puramente empírico e inútil cuando no dañino para la psiquiatría. Es conmovedor oírlo quejarse, como un Dr. Frankenstein, del monstruo que ayudó a prohijar al colocarse en la estela del malhadado DSM-III. “El día de la semana pasada en que la Asociación Psiquiátrica Americana dio su sello de aprobación al extremadamente defectuoso (deeply flawed) DSM-5 fue el día más triste de mis 45 años en la psiquiatría.” No es de extrañar que otro especialista, un poco más lúcido le recordase su responsabilidad en aquello de lo que se queja y denunciase su postura de “alma bella”. [15]

Difícil le resulta a Allan Frances reconocer el desastre causado por el DSM-IV y lo ominoso de la empresa a la que dedicó esos 45 años en la psiquiatría. El manual es utilizado como guía para seleccionar “tratamientos” de dudosos cuando no peligrosos resultados (por ejemplo, anfetaminas recetadas a millones de niños hiperquinéticos), para decidir la distribución de servicios y beneficios, para adjudicar subsidios y becas y recursos a la “investigación”, para estigmatizar a los diagnosticados y para determinar el lenguaje y las expectativas del personal subordinado y sometido a las estrategias del marketing de servicios y productos. No hay ahora, como no lo hubo en sus tiempos (1980-2000), una oficina de control de calidad del producto taxonómico y un juicio exterior sobre las categorías propuestas. ¿Cuál es la responsabilidad del propio Frances en los datos que esgrime en su oposición al nuevo manual?: “en 20 años se ha triplicado el diagnóstico de síndrome de déficit de atención (ADD), multiplicado por 20 el de ‘trastornos autísticos infantiles’ y por 40 el de ‘trastorno bipolar

infantil', todo lo cual ha hecho multiplicar en la misma proporción la prescripción de sustancias estimulantes y la fármaco-dependencia de millares de chicos indefensos ante la agresividad de los intereses en colusión de los médicos y las compañías farmacéuticas". Ahora puede él advertir a los futuros usuarios de los peligros de (apenas) diez categorías del DSM-5®:

1] "Trastorno disruptivo y desregulación del afecto" (disruptive mood dysregulation disorder) que hará que, de acuerdo a la cantidad y frecuencia, reciban medicamentos los niños con rabietas (tantrums) y desobedientes.

2] "Trastorno de aflicción" (bereavement) considerado como "trastorno depresivo mayor" y por lo tanto a ser tratado con antidepresivos en lugar de permitir actuar a los mecanismos del duelo, los rituales, la compañía de familiares y amigos solidarios.

3] "Trastorno neurocognitivo menor" para los olvidos comunes que acompañan al envejecimiento. Anticipa Frances que serán millones los etiquetados y tratados sin que presenten ningún trastorno objetivable.

4] "Trastorno de déficit de atención en adultos" (AADD) que recibirán sustancias estimulantes para incrementar el placer y los resultados laborales… apoyando así al mercado negro de drogas ilegales.

5] "Trastorno alimenticio de comilonas" (binge eating disorder) que ya no será gula sino enfermedad mental.

6] Disminución de los "umbrales" para diagnosticar "trastorno autístico en la infancia" que sobrecargará los servicios psicopedagógicos desplazando el énfasis de lo educativo a lo clínico, o sea, más de lo psico y menos de lo pedagógico.

7] "Abuso de sustancias por primera vez" (first time substance abusers) que engrosarán el caudal de los adictos empedernidos que tienen distintas necesidades y pronósticos.

8] “Trastornos de adicción conductual” donde todas las aficiones podrán incluirse y transformarse en “enfermedades” independientemente del consentimiento del sujeto a su “adicción”.

9] Enturbiar los límites (¿no eran ya turbios?) entre estas “adicciones conductuales” y los “trastornos de ansiedad generalizada”. A estos trastornados se les prescribirán ansiolíticos que son, de por sí, adictivos para la mayoría de los sujetos.

10] Aumentar la frecuencia del diagnóstico de “trastorno de estrés postraumático” (PTSD) en los escenarios y en los testimonios de expertos forenses.

Como señala un reputado crítico[16] tanto de los DSM anteriores como del inminente DSM-5, de los 430 diagnósticos propuestos no hay ni dos docenas de los que pueda decirse que son entidades con validez nosológica, identificables por sus síntomas, por su evolución, por su historia familiar, por indicadores biológicos o por el efecto favorable de los tratamientos sugeridos. Entre los pocos que sobreviven, hay muchos aspectos de sus definiciones que están mal argumentados o incluso que han sido claramente refutados aunque persisten ocupando su lugar en el manual, en las estadísticas y en los informes médicos y legales. Se vocifera acerca de una ciencia en todas partes ausente que es remplazada por un completo pragmatismo no científico que da lugar a inacabables disputas de opinión sin criterios para decidir en favor de unos argumentos y descartar otros. Para N. Ghami el DSM, en su versión V, se ha extraviado y los acalorados debates en torno a sus categorías indican que se ha llegado al principio del fin.

6. LA FUNCIÓN SOCIAL DE LA PSIQUIATRÍA EN EL DISPOSITIVO PSI

Insistamos en la interrogación que nos guía: ¿cuáles son los fines de la(s) clasificación(es) psiquiátrica(s) y qué se consigue con ella(s)? En resumen: ¿para qué sirve(n)? El consenso de los psiquiatras "oficiales" estima que son útiles para: a] la comunicación, b] el control y c] la comprensión de los trastornos. Los psiquiatras indios[1] que ya hemos citado ilustran con ejemplos cómo y a quienes benefician estos empeños taxonómicos ("… que son tan buenos como las teorías que las sustentan" (¡oh, manes de Borges! —¡Qué audacia para confesar la indigencia teórica y práctica!). Podríamos auxiliarlos, colocándonos en sintonía con ellos, con el agregado generoso de otras tres "ventajas" para el "dispositivo psi" que son: d] la descripción sistemática de sus "objetos", es decir, de las categorías diagnósticas que ellos crean, e] la acumulación y el archivo de la información (retrieval) de las actividades psiquiátricas y, f] el señalamiento de los obstáculos y puntos oscuros a investigar si se quiere tener un "conocimiento objetivo", superando la sospechosa subjetividad de casi todos los ingredientes que entran en la composición culinaria de la taxonomía.

Glosemos las ilustraciones que los psiquiatras indios ofrecen para esos tres primeros puntos de su artículo: a] Comunicación: si diagnosticamos "episodio depresivo moderado" (F32 en la CIE-10), estamos haciendo saber que no es el primer episodio, que no ha habido episodios maniacos o mixtos en el pasado, que el paciente no es psicótico, que no ha sido producido por sustancias tóxicas, etc., b] Control: que es muy importante para lo que se refiere a tratamiento y prevención; si hablamos de "trastornos psicóticos" eso significa que se deben administrar antipsicóticos, del mismo modo que un diagnóstico de "trastorno afectivo bipolar" requiere el uso de estabilizadores del afecto; c] Comprensión: la clasificación debería aportar el reconocimiento de las causas de los trastornos psiquiátricos y de los procesos involucrados en su desarrollo y

persistencia. “Por supuesto —agregan— los trastornos pueden ser tratados sin conocimiento de su etiología o fisiopatología.” El corolario es sublime: “La CIE-10 y el DSM-IV cumplen bien con el cometido a] de la comunicación y en cierta medida con el b] del control pero no con el c] de la comprensión debido a nuestras limitaciones en el entendimiento de los trastornos psiquiátricos”. En síntesis, nos toca a nosotros confesar en su lugar lo que ellos no se atreven a decir: “En ausencia de la más precaria idea de lo que estamos tratando y lo que significan las palabras que usamos, nos entendemos entre psiquiatras y controlamos a nuestros trastornados gracias a las clasificaciones que hemos promulgado y nos muestran el camino a seguir con ellos que es, por supuesto y porque así se nos lo pide, el del recetario farmacológico (para eso somos médicos). Entre nosotros nos entendemos y cumplimos con la demanda social; para eso necesitamos la clasificación”.

Lo que estos y otros autores reconocen sin plantearse las consecuencias de su admisión son los problemas específicos de toda clasificación de los trastornos psiquiátricos. ¿Cuáles? En síntesis, que la psiquiatría, a diferencia de las otras ramas de la medicina,[2] 1] debe apoyarse en un informe subjetivo de los síntomas dado por el paciente y en la observación que hace el médico de la conducta del paciente para arribar a un diagnóstico; 2] carece de criterios objetivos e independientes para detectar los trastornos psiquiátricos; 3] supone que los trastornos psiquiátricos se manifiestan por una desviación cuantitativa en la conducta, el pensamiento y las emociones en relación con un concepto normativo al que es imposible definir sin recurrir a un océano de prejuicios o estadísticas (es lo mismo) acerca de la conducta humana normal y, por fin, 4] que los síntomas psiquiátricos son enteramente inespecíficos, inestables, variables, a lo largo del tiempo y no permiten discernir “entidades clínicas”.

Pero, eso sí, hay que definir y clasificar los trastornos psiquiátricos. ¿Por qué? Nuevamente encontramos un póquer de motivos: 1] porque evaluamos la incidencia de trastornos psiquiátricos en la comunidad y la atribución del dinero de los contribuyentes para manejarlos; 2] porque eso tiene repercusiones legales en casos de delito y en la entrega de beneficios por incapacidad; 3] porque una falta de definiciones conceptuales podría contribuir al abuso de

diagnósticos psiquiátricos y serviría para controlar y estigmatizar a la conducta socialmente indeseable —¿cómo distinguir el uso y el abuso en este renglón? ¿No es ésa una consecuencia ineludible de la clasificación?— y, para terminar, 4] porque la falta de una definición precisa del trastorno psiquiátrico reduce la confianza en la especialidad entre nuestros colegas y en el público en general.

La clasificación debe cumplir con la función de legitimación del ser y el hacer de sus funcionarios; su efecto no se ejerce sólo sobre los "pacientes", tan importante como ése es el efecto sobre los agentes mismos. Es la Constitución entendida como Ley Fundamental de la "Nación": cohesiona a los habitantes en torno a sus preceptos. Comienza por marcar las fronteras de un territorio que tendrá que ser tan grande como se pueda y justificar por su fuerza de ley las operaciones que en él se realicen, concretamente, la intervención en todos los casos rotulados según su nomenclatura de trastornos convenientemente digitalizados. Debe también cimentar la confianza del público y de los demás médicos en la pertinencia de sus operaciones en terrenos oscuros cuando no lodosos como el de las internaciones forzadas o su complicidad con las fuerzas heteronormativas y con el poder político.

Ahora bien, una clasificación, con fuerza de ley, por borgesiana que sea, debe nombrar entidades "discretas", es decir, separadas, distintas: los "lechones" son distintos de los "dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello". Pero hete aquí que los límites entre los síndromes y los trastornos incluidos no son precisos como tampoco lo es su distancia con lo que se llama normalidad. La clasificación pretende ser la ley pero ignora que la ley establece una partición tajante entre dos terrenos bien separados, el de lo legal y lo ilegal. A diferencia de ella, la norma se configura como un campo de matices y gradaciones variables. Por su parte, la ley interviene en caso de infracción, mientras que la norma se inmiscuye en cualquier aspecto y en todo momento de la existencia de los sujetos, los cuales no requieren cometer alguna infracción para ser evaluados en relación con la norma, con el "orden establecido". Uno supondría que la palabra disorder tiene sentido con relación a la palabra order pero, a falta de definir lo que es el orden, ¿cómo definir eso que se entiende como "desorden" y hacer intervenir al aparato ordenador, al dispositivo encargado de resguardar la

normalidad? La ley es administrada por un dispositivo, el judicial y penitenciario, mientras que la norma es asignada al dispositivo psi incrustado en todas las instituciones incluida la justicia misma. La ley es positiva, está escrita y es taxativa y no tan sólo taxonómica; nadie pude alegar ignorarla y todos deben ajustarse a sus dictámenes. La norma, en cambio, es vaga, se resiste a ser conocida y es recalcitrante a la representación consciente; no está dicha ni escrita; es ubicua, es inmanente a las prácticas en las que se actualiza. Su fuerza depende de su oscura invisibilidad y su omnipresencia. Se la reconoce a partir del momento de la sanción social a quien osa apartarse de ella (el diagnóstico es una forma de esa sanción) y por la fuerza de quienes la ponen en acción haciendo valer su saber y su condición de técnicos y expertos, muy en especial, los psi. La norma opera solapadamente y es implementada en una lucha callada contra el deseo, ese indeseable, que es rotulado como “anormal”, cuando no “animal” o instintivo.

El “trasfondo” de estas clasificaciones es transparente: se trata de ampliar la jurisdicción de la psiquiatría y del dispositivo psi para que abarque a la humanidad entera y la subyugue dentro de un campo, el de la medicina, esa medicina que sigue cuestionando y considerando problemática la legitimidad de esta “especialidad”. El tácito designio es el de expandir ese campo para incluir en su dominio a todas las dificultades de la vida y a cuantos casos sean posibles aumentando, para decirlo bien y pronto, la “facturación de los servicios” que deberán pagar el Estado, los contribuyentes, los pacientes, las instituciones escolares y hospitalarias, las compañías de seguros, etcétera.

Es necesario recalcar que esta ambición expansionista con fines comerciales, alentada por las compañías farmacéuticas, no es exclusividad del dispositivo psi sino que forma parte de la empresa global de medicalización de la sociedad abordada en nuestro segundo capítulo. La población entera debe estar dispuesta a la realización periódica de “chequeos” por todos los especialistas, tomarse radiografías de pulmón y hacerse colonoscopías (bastante más molestas que la profética temperatura rectal del doctor Knock) y mamografías y mediciones de todo tipo en el laboratorio y electrocardiogramas de esfuerzo y glucosemias posprandiales y screenings del organismo entero. Esa vigilancia sobre el cuerpo se

acompaña de una constante y progresiva reducción de los umbrales para que al sujeto se le considere "enfermo". Si la presión arterial normal era de 140/90 mm de Hg, ahora, por decisión de las sociedades de especialistas en hipertensión, es de 135/85 sin tener en cuenta, por lo demás, que la presión arterial normal es una cifra variable que aumenta con los años. Si la tasa de colesterol era de 220 mg /100 ml, ahora la "recomendable" es debajo de 190 mg. Al pasar de lo normal (en la población general) a lo "recomendado" por la "ciencia médica" aumenta astronómicamente la venta de hipocolesterolemiantes para que se froten las manos los accionistas de las empresas productoras de estatinas. En el campo de la salud mental habrá que disminuir la cantidad de "palomitas" o tildes para el diagnóstico de déficit de atención en los niños y adultos, para el autismo, reducir la cantidad de meses que debe durar un duelo o aflicción antes de considerarse "patológico", multiplicar la cantidad de rasgos que permitan diagnosticar a uno u otro como portador de un trastorno de la personalidad, etcétera.

Cualquiera entiende que la práctica médico-psiquiátrica, la que gobierna al dispositivo psi, requiere de estas clasificaciones y glosarios y que esta práctica, como todas, depende a su vez de otras determinaciones no específicas, más generales, que proceden del conjunto de la vida social. El telón de fondo del dispositivo psi es la economía política que encuadra a la "medicina de almas" y a la manera en que se ha ejercido en cada momento de la historia distribuyendo las jurisdicciones y funciones de los diferentes "dispositivos". Los esfuerzos taxonómicos de las task forces, los DSM, organizan a la especialidad psiquiátrica y producen dividendos pecuniarios que se presentan como logros técnicos y científicos a la vez que ejercen sus efectos ideológicos en la subjetividad de las "personalidades" clasificadas.

Es el aparato regulador del Estado con sus diferentes dispositivos, cada uno de ellos con su papel y su territorio, el que acaba siendo legitimado y legitimador de una idea de "normalidad" por un camino que atraviesa los organismos técnicos jurídico-políticos que regulan a las instituciones rectoras de la actividad "correctora-correccional" en cada país, cuando fija las fronteras para la intervención psi por medio de la Organización Mundial de la Salud que, a su vez, está regulada por criterios que emanan de la

Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos. La clasificación designa y ubica a los objetos de la práctica y del discurso (cada uno de esos trastornos mentales) dentro de un área topológica unificada por su "manual". Al incluirse en este espacio taxonómico, el "objeto" recibe también un veredicto que equivale a un juicio de existencia. Puesto que es clasificado y que el DSM o la CIE le otorgan un dígito (como cuando el Estado le entrega a uno un pasaporte o carta de identidad que tiene un número único) ese "objeto" existe y es dable formular predicados acerca de él, pedir becas y subsidios para investigarlo, hacerse retribuir por diagnosticarlo, etc. El psiquiatra es agente, de hecho, empleado con funciones más o menos gerenciales, del dispositivo psi que se encarga de todos los trastornos mentales.

Después del capítulo dedicado a la disección de las dos clasificaciones internacionales, es decir, de haber desmenuzado las categorías incluidas y denunciado su chatura conceptual y empírica, con esa ridícula pretensión de "objetividad ateórica" derivada de mediciones de valores sin referencia, querremos ir al genoma del proceso en vez de atascarnos en el proyecto estéril y farragoso de describir el conjunto de sus rasgos fenoménicos, el fenoma, de las volubles clasificaciones. Bastará decir que no estamos solos y que las críticas a las taxonomías psiquiátricas y su empleo proceden de muchos psiquiatras que no se limitan, como la mayoría, a la aplicación de un recetario y que pueden confesar la ignorancia fundamental en lo relativo a las causas de la enfermedad.[3] Esta actitud crítica gana terreno cada día. Sería larga hoy la lista, que era muy pequeña en los años setenta, de los psiquiatras que se enfrentan con la postura burocrática de la mayoría desde una posición de lucidez y no se dejan engañar por la unanimidad aparente que confieren los DSM, sustentada por la propaganda de la industria y sus operaciones de marketing. Es frecuente encontrar que los entusiastas de la "comunicación científica" de los años ochenta son fuertes opositores de los manuales en nuestros días y promotores del regreso a una psiquiatría no medicalizada como la que floreció en Europa hasta la invasión del campo por la industria farmacéutica.

Las objeciones brotan en cualquier ser pensante, médico o no, cuando se leen los manuales mismos en el momento en que ellos

postulan la existencia ontológica o la validez diacrítica de un marbete diagnóstico (un morbete, si se permite el neologismo) que se aplicará a un sujeto X. Es aquí oportuno transcribir, como prueba de la parálisis del pensamiento en el campo psi, un diálogo entre la razón y la locura de hace exactamente 250 años y que no requiere de ninguna "actualización":[4]

Uno de los doctores podría responderle [al loco]: "Mi cofrade, Dios ha creado quizás almas locas como ha creado almas cuerdas". El loco replicaría: "Si yo creyese lo que usted me dice, estaría aún más loco de lo que ya estoy. Por lo demás, usted, que sabe tanto, dígame por qué estoy loco!"

Si los doctores tuviesen aún una pizca de sentido, le responderían: "—De eso yo no sé nada". No sabrían por qué un cerebro tiene ideas incoherentes; no comprenderían tampoco por qué otro cerebro tiene ideas regulares y ordenadas. Se creerían sabios y estarían tan locos como él.

Voltaire, tomando la linterna de la Ilustración, ha comenzado por rechazar cualquier "elogio de la locura" como el de Erasmo por encontrarlo vano e insípido y por definir a la locura en términos proféticamente psiquiátricos ("protopsiquiátricos" —diría Foucault —) que no han cambiado en los últimos 250 años: "Llamamos locura a esta enfermedad de los órganos del cerebro que impide que un hombre piense y actúe como los demás. Por no poder administrar sus bienes, se lo inhabilita, por no poder tener ideas convenientes para la sociedad, se lo excluye; si es peligroso, se lo encierra; si es furioso, se lo amarra". Sólo cabría agregar, hoy, que en todos esos casos, además, se lo medica.

Se entiende, pues, el sentido de la empresa de quienes intentaron comprender a la locura desde los campos, a veces vecinos, a veces rivales, de la fenomenología y del psicoanálisis, quienes pensaron que la perturbación "mental" no era un desvarío sino una producción del pensamiento a la que el pensamiento de "la sociedad" no podía reconocer un lugar de ciudadanía y que, por

eso, la expelía fuera de su campo, la consideraba una amenaza, se esforzaba por desterrar y por aplanarla rechazando lo que no podía escuchar.

En el proyecto de distinguir lo manifiesto (el texto) de lo latente (el control médico y psiquiátrico de la vida social) en las clasificaciones de los trastornos y cuando evocamos a Cicerón y a Voltaire no somos ni pioneros ni precursores sino, antes bien, los carreteros que ponemos nuestras ruedas a girar en un camino real claramente trazado por un pensador, uno en particular, que dedicó más de 30 años de una vida sin respiros a muchos proyectos de los cuales el más constante fue el de analizar el poder en general y el psiquiátrico en particular: Michel Foucault (Poitiers, 1926-París, 1984). Este psicólogo entregado a la filosofía, hijo, como Proust, de un médico cirujano y profesor de anatomía, se ocupó, desde su primer libro publicado[5] hasta sus últimas reflexiones, entrevistas y comentarios sobre las formas variopintas del poder y sus relaciones con el saber, del tema, para él indisociable, de los vínculos entre locura y psiquiatría. Su obra más conocida en este terreno es, por supuesto, la célebre y ya clásica Historia de la locura en la época clásica[6] pero los análisis históricos más agudos relacionados con el saber y el poder psiquiátrico se encuentran en los textos que se vienen publicando póstumamente de sus cursos en El Colegio de Francia.[7] Citemos algunos de sus apotegmas más poderosos: “Todo lo que es desorden, indisciplina, agitación, indocilidad, carácter reacio, falta de afecto, etc., todo eso llega a ser psiquiatrizado”. “La psiquiatría introduce la norma como regularidad funcional, como principio del funcionamiento adaptado y ajustado; lo normal a lo cual se opondrá lo patológico, lo desorganizado, la disfunción; será esencialmente la ciencia y la técnica de los anormales, de los individuos y de las conductas anormales”. Es “una tecnología de la anomalía”.[8] El objetivo “terapéutico” no podrá ser otro que la normalización. La disciplina psi, con todas sus sectas y divisiones, se convierte en la práctica que se ocupa de los indisciplinados e interviene en todas las instituciones por las que circula el poder.

Esa extensión de la medicina y sus “enfermedades” a los terrenos de la anormalidad, de la personalidad, de los comportamientos, a la que Foucault se refiere, a la que Foucault denuncia, se instauró en

el siglo XIX y se fue haciendo más nítida e incluyente en los 150 años que siguieron con la tipificación de cada vez más “trastornos mentales” que fueron enfocados como “enfermedades” a pesar de la falta de razones para que el discurso médico se haga cargo de esos “casos”, de los “pacientes”, de los “enfermos” (a los que, curiosamente, no se les conoce como “trastornados”), de los “oligofrénicos” o “débiles mentales” definidos según el comportamiento y las pruebas de inteligencia. La clasificación clásica tenía dos categorías fundamentales: locura y cordura; la actual es infinitamente abarcativa: cumple el sueño de Borges y sus n categorías.[9

En este terreno crece la ambigüedad que es constitutiva de la psiquiatría como especialidad médica. La “normalidad”, como lo ha demostrado Foucault[10] de una manera brillante, tiene un doble aspecto: respecto del funcionamiento corporal (enfermedades, espacio y escenario donde la práctica médica asienta sus reales) y respecto del funcionamiento del individuo en la sociedad (anormalidades, desviaciones, degeneraciones, espacio de la “especialidad” psiquiátrica). Me permito en lo que sigue glosar a Foucault cuando alude al cambio registrado entre los años 1830 y 1870 (“protopsiquiatría) y la psiquiatría que floreció en la segunda mitad del siglo XIX (op. cit., pp. 147-148). Las palabras que emplearé, tomadas de su discurso, son un homenaje al filósofo, al escritor, al crítico de la sociedad con quien es lícito también, a veces, discrepar; no son un plagio de las suyas. Que se oiga, pues, la paráfrasis.

En esos años del siglo XIX se colonizó un nuevo campo sintomatológico: la psiquiatría se dedicó a medicalizar o hacer valer como síntoma de enfermedad a un conjunto de fenómenos que hasta entonces carecían de un estatuto nítido en el plano de la salud, la salud “mental”, como extensión y complemento de la salud física (mens sana in corporesano, según reza una desvirtuada Sátira de Juvenal de hace 2 000 años. Lo que antaño era, en la medicina de los alienistas, tan sólo una conducta que podía figurar como síntoma de una enfermedad mental, no consistía ni en su rareza ni en su absurdidad sino en un cierto núcleo de delirio, de locura, que ella mostraba. El alienista se ocupaba de los locos. En la nueva era (que se acentúa en el siglo XX y continúa en el XXI) fue el conjunto

de los comportamientos de alguien lo que permitía que una manifestación conductual rara o extraña se presentase como síntoma de una posible enfermedad. Su rareza era, por una parte, la distancia que esa conducta presentaba con relación a las reglas de orden, de conformidad, definidas con relación a un fondo de formalidad burocrática, de obligaciones familiares, de normatividad política y social. Por otra parte, esas distancias de la norma se ubicaban en un eje que iba de lo "voluntario" (deliberado, consciente) a lo "involuntario" (instintivo, compulsivo) que, a partir más o menos de 1870, permitía inscribir a las conductas, en el registro de la cordura punible con destino de cárcel o, por el contrario, en el de la locura, jurídicamente inimputable, con destino de asilo. Se reanudaba así la eterna puja con la razón teniendo que dominar a la sinrazón que no tiene instituciones para defenderse. A partir del nacimiento de la psiquiatría sobre las cenizas del alienismo se pudo interrogar al conjunto de las conductas sin que fuese necesario referirse, para llamarlas enfermas, a una alienación del pensamiento, a una adscripción a la locura, definida por el "delirio" (etimológicamente, lo que sale del surco). ¿Cuál surco? El ya trazado por donde cabe sembrar y cosechar, el de la convención. Toda conducta debía situarse con relación a y en función de una norma que era, también ella, definida y controlada por la psiquiatría. La psiquiatría ya no requería de la locura, de la demencia, del delirio o de la alienación para funcionar; así comenzó la fecunda era de la expansión territorial, como cuando Estados Unidos, en los mismos años, decidió que extendería sus territorios a costa de México, Francia, Canadá, Rusia y España y los ocupó por la fuerza o por tratados de compraventa. La psiquiatría se desalienizó; podía psiquiatrizar a cualquier conducta sin referirse a la "insania" y señalar el riesgo de la "enfermedad mental" cuyo paradigma era el loco criminal diagnosticado con el morbete de "monomanía homicida".[11] Los psiquiatras llegaban a serlo en la medida en que dejaban de ser alienistas y aceptaban su papel de normalizadores. Al no haber ya una referencia obligatoria al núcleo delirante, al núcleo demencial, al núcleo de locura, desde el momento en que se abandonaba esta referencia con relación a la verdad, finalmente, la psiquiatría veía cómo se desplegaba ante ella, como dominio para su posible injerencia, como espacio de sus valoraciones médicas, el campo íntegro de todas las conductas posibles. Al fin no quedaba nada en las conductas del hombre que no pudiese, de una manera u

otra, ser interrogado psiquiátricamente gracias a la eliminación del privilegio que tenían en un principio la locura y la debilidad mental y los poseídos por la enfermedad que eran carne de asilo. Al desvanecerse esa ilusión de la supremacía de la locura, del delirio, de la demencia, etc., la medicina entró, transitando el trillado camino lenguajero de las "enfermedades de los nervios", en el inmenso continente de la biopolítica y la economía de los mercados, capitalistas en un principio, y pudo concentrarse en el manejo disciplinario de los sujetos y luego en su control técnico a medida que se desarrollaban las sustancias "psicoactivas". Las tecnologías modernas de la localización espacial de las personas permiten además el control de los movimientos de los enfermos mentales sin necesidad de poner vigilancias panópticas que distribuyen las miradas desde una torre de control.

En sus comienzos la futura psiquiatría era la medicina de la locura. A partir de los años 1830-1870 empieza a mirarse en el espejo como ciencia y tecnología de la anomalía. El modelo que se toma —y que continúa incluso hoy en cierto psicoanálisis "oficial" cuyo paradigma es la obra de Otto Kernberg, ex presidente de la Asociación Internacional— es el de la infancia como territorio de lo biológico e instintivo que, en condiciones normales, debería ser superado por un proceso de desarrollo y control de lo primitivo-neurótico-infantil. Lo superior, lo más alto, debe predominar (organodinamismo de Jackson y Ey) sobre lo inferior, lo adulto someter a lo infantil. El principio de realidad sobreponerse y domeñar al principio del placer (Freud). Los comienzos esquizoparanoides de la vida ceder a la posición depresiva (Melanie Klein). Crecer es pasar de estadios inmaduros a estados desarrollados, no quedarse en lo infantil ("fijaciones") y no retornar a lo primitivo ("regresiones"). Renunciar a los mecanismos primitivos de defensa del yo y alcanzar los más adaptados de reconocimiento de la realidad. La "enfermedad" no será un proceso sino la detención del progreso o el retroceso a un estado anterior. La infancia, no la anatomía o la fisiología patológicas, será el corazón de las explicaciones en psiquiatría; el proyecto "terapéutico" será el de hacer "evolucionar" (cf. la simultaneidad con el darwinismo) a la "personalidad" para que alcance la "madurez" que —¿habrá que sorprenderse?— es la conformidad con las normas sociales del individualismo burgués. La

excentricidad será “infantilismo” y se dividirá en una serie de “síndromes” conductuales y de modos anormales de ser. Queda así abonado el terreno para los “trastornos de la personalidad” (TP, PD, en inglés). Habrá que fijar límites para sostener diagnósticos diferenciales diacríticos entre la normalidad y el caótico conjunto de los ciclotímicos, esquizoides, limítrofes, narcisistas, histriónicos, antisociales, etc., sembrando en canteros distintos del jardín de las personalidades a los diferentes tipos humanos. Después, dentro de cada uno de esos “TP”, reconocer a los rebeldes, los pasivos, los agresivos, los fabuladores o mentirosos, los comedores y bebedores excesivos, los anoréxicos, los de lento aprendizaje, los ambiciosos, los cleptómanos, los demasiado trabajadores (workoholics) o los perezosos, los disociales, los despersonalizados, los hipocondriacos, los suicidas potenciales o con tentativas reiteradas, los adictos a drogas o a antiácidos o al internet o a los videojuegos o a lo que sea, los tímidos, los epileptoides, los impulsivos, los dismorfofóbicos pegados a sus espejos, los perfeccionistas compulsivos, los insomnes, los dormilones, los de las crisis de la adolescencia o de la meno y andropausia o de la senilidad, los nostálgicos, los compulsivos sexuales, los parafílicos que antes perversos llamaban, los que tienen “desórdenes en la identidad sexual”, los estresados, los postraumatizados, las frígidas y los de la disfunción eréctil, los distraídos, los chicos y los adultos hiperactivos con “déficit de atención”, los fumadores, los fanáticos (enragés) de cualquier secta o actividad, los soñadores, los conflictivos en el trabajo y la escuela. Un sufijo, modismo de lenguaje, se generaliza. Allí donde Borges hablaba de “los que de lejos parecen moscas” se puede apelar a un giro culterano: “oides”. Son los paranoides, los esquizoides, los epileptoides, los histeroides y hasta los normaloides. Todos son, todos somos, clientes potenciales de la psiquiatría y los psicofármacos, todos catalogados, sintomatizados y psiquiatrizados por el imperialismo de los deseemes.

También desde esos años del siglo XIX se extiende la noción de “estados” de la persona: “En tanto que objeto psiquiátrico privilegiado, el estado no es propiamente una enfermedad, no es para nada una enfermedad, con sus causas, su desencadenamiento, su evolución. El estado es una especie de fondo causal permanente a partir del cual pueden desarrollarse una cierta cantidad de procesos, un cierto número de episodios que, precisamente ellos, serán la

enfermedad. Dicho de otro modo, el estado es el zócalo anormal a partir del cual las enfermedades se hacen posibles".[12] Corresponde a la antigua categoría de "predisposición" o "diátesis" y se encuentra hoy bajo la lupa del DSM-5 como "riesgo de…", gente que podría enfermarse o desviarse o sufrir trastornos mentales.

La otra categoría, el otro marbete que regresa —y hace ya unos cuantos años— es el de "degeneración" (abandonada al terminar el siglo XIX), ahora con la vestidura de eventuales "trastornos genéticos" que están más por descubrir que verdaderamente asentados salvo, quizá, para las enfermedades neurológicas de Alzheimer y de Huntington.[13] Las reseñas más recientes de lo aprendido en materia de "genética y trastornos mentales" muestra lo difícil y frustrante que es la investigación en este campo por dos razones fundamentales, una, la propia de toda búsqueda en este terreno donde las interacciones y la sobredeterminación excede cualquier posibilidad de cálculo, otra la propia y tantas veces aquí reiterada, de la incertidumbre de los diagnósticos y la apresurada unificación de síndromes como los del "espectro autista", la "esquizofrenia" o el "trastorno bipolar". Se insiste sobre las "bases genéticas" presentando estudios más que discutibles en hermanos gemelos que toman el lugar de una investigación de los cromosomas por lo general ausente. En los últimos veinte años los investigadores han anunciado con fanfarrias el descubrimiento de los genes del trastorno de déficit de atención, de la neurosis obsesivo compulsiva, de la ciclotimia, de la esquizofrenia, del autismo, de la dislexia, de las adicciones y fármacodependencias, del alcoholismo, de la homosexualidad, de la introversión, de la agresividad violenta, de la anorexia y hasta del juego compulsivo. Hasta hoy ninguna de esas "noticias" ha recibido confirmación por otros estudios a pesar de la amplia publicidad que cada estudio recibió en su momento. Las cátedras de psiquiatría del mundo entero afirman enfáticamente que los trastornos mentales son hereditarios y sería ocioso citar la larga lista de "autoridades" que se pronunciaron en ese sentido en los últimos cien años de soledad.[14] Los genetistas más confiados son escépticos y reconocen que la complejidad de los trastornos hace que, seguramente, ellos son causados por muchos genes diferentes que interactúan entre sí y con múltiples factores ambientales, a lo que cabe agregar la incertidumbre misma de los

diagnósticos hechos según el DSM, con sus borrosas fronteras entre la “normalidad” y el trastorno. Siempre se espera que un día, cercano quizá, se podrá demostrar esto que no pasa de ser un prejuicio mal fundado. Un atinado resumen de lo que cabe decir en favor de las “hipótesis genéticas” puede ser consultado en línea.[15] Por supuesto, no todo está dicho en este terreno y corresponde esperar, como en cualquier otro campo de la ciencia natural, la biología en particular, nuevos y profundos avances tanto por la obtención de resultados positivos como negativos. Pero se parte de un error fundamental que no se puede ni se quiere reconocer: que cada sujeto, y también el que pudiera tener defectos hereditarios, padece su inferioridad de manera distinta y que la hipotética tara genética no resuelve la tara epistemológica de este tipo de pensamiento; se deberá admitir que, desde la perspectiva médica misma, un cerebro —aun cuando defectuoso— no es un hígado porque es el órgano de la vida de relación y no una parte de un organismo singular. Con respecto al concepto de “degeneración” en la psiquiatría habrá que consultar más aún la obra de M. Foucault. [16]

Por mi parte, me arriesgo a decir que faltando la conciencia se ha optado por el consenso y que el consenso de los expertos dirigentes y empleados de la task force de la Asociación (y de los laboratorios farmacéuticos) pretende sustituir a la necesaria conciencia de los practicantes en la vida cotidiana de los consultorios psi. ¿Qué es lo ausente? La comprensión de la vida de los seres humanos, de su experiencia, del lugar de los propios expertos dentro del dispositivo que los reúne y los arrebaña en el proceso global de medicalización de la vida. Más fundamental aún es la ausencia de discusión de los prejuicios implícitos en las pretendidas mediciones de normalidad y de apartamiento de las medias estadísticas y las estadísticas a medias.

Nada es más lucrativo (y ominoso) que multiplicar los diagnósticos de las particularidades subjetivas como “trastornos de la personalidad” dejando a los representantes de los laboratorios la tarea de convencer (y sobornar con obsequios y, dado el caso, con dinero contante y sonante) a psiquiatras y médicos generales para que diagnostiquen estas “enfermedades” en tantos pacientes “trastornados” como sea posible. Las empresas mostrarán resultados

de investigaciones que “prueban” que la sustancia X es mejor que toda otra para ese trastorno, para la ansiedad, para la depresión, para las molestias digestivas funcionales, para los trastornos “somatiformes” del DSM-IV que en el DSM-5 serán suplantados por “trastornos con síntomas somáticos”[17] y permitirán la intervención psi en los populosos casos de “fibromialgia”, “colon irritable”, enfermos de cáncer y del aparato cardiovascular que se preocupan por su condición y gente que ni siquiera tiene enfermedad física alguna. Todo enfermo crónico, después de seis meses de recibir el diagnóstico médico, podrá tener su diagnóstico de “trastorno mental” ratificado por el DSM-5 y estará en condiciones de hacerse rembolsar por el seguro o por el Estado la atención y los medicamentos que reciba.

¿Qué se logra con estas clasificaciones expansivas? Algo esencial en el proyecto de la psiquiatría: transcribir las demandas que vienen del sujeto mismo o de la institución donde él se incluye (familia, escuela, fábrica, oficina) en trastornos que aluden pero eluden la denominación de enfermedad, convertir a los motivos de la demanda en síntomas de enfermedad. Más aún, hacer pasar como ciencia médica el poder de intervención y el poder disciplinario del dispositivo psi, validar las intervenciones y chantajear con la internación forzada a quien se resista a recibir el tratamiento. Si en la medicina general el facultativo formula tácitamente al sujeto la demanda de que se le expongan los síntomas, en la psiquiatría esa demanda se exagera: dado lo que el individuo dice y hace y lo que se dice de él en las quejas de los demás, él debe dar los elementos para que se lo ubique en una de las categorías del DSM y, así, hacer del psiquiatra el médico que ordena una medicación: récipe.[18]

Al llegar al final de nuestro recorrido no haremos, como se estila, un resumen y conclusiones del tema que abordamos, sino un anuncio del punto en que nos detenemos y que nos estimula a proseguir en este surco del que no salimos, pues salir de él (etimología ordena) sería delirar: el estudio detallado del tema más discutible y discutido por la psiquiatría académica y por buena parte del psicoanálisis igualmente académico: el de los trastornos de la personalidad y, en particular, en ese terreno colonizado por y para el dispositivo psi, el de los pacientes fronterizos, borderlines, o que padecen de “estados” y condiciones “limítrofes” entre la locura

y la cordura.

Es por eso que este ensayo termina así …

México, D.F., marzo de 2013

PRÓLOGO

[1] N. A. Braunstein, M. Pasternac, G. Benedito y F. Saal, Psicología: ideología y ciencia, México, Siglo XXI, 1974 (1a. ed.). Actualmente, 24a. reimp., México, 2011, cap. 13, "Análisis crítico de la noción de personalidad", pp. 299-326.

[2] N. A. Braunstein, Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis. Hacia Lacan, México, Siglo XXI, 1980 (1a. ed.). Actualmente, 13a. reimp., México, 2010, caps. 1-3, pp. 13-69.

[3] Th. S. Szasz, "Psychiatric Classification as a Strategy of Personal Constraint", en Ideology and Insanity, Londres, Calders y Boyers, 1973, pp. 190-217. Del mismo autor: The Myth of Mental Illness, ed. rev., Nueva York, Harper & Row, 1974. Es de señalar que la primera edición de este libro es de 1961, nada casualmente el mismo año en que aparecen La historia de la locura en la edad clásica de Michel Foucault y Asylums de Erwin Goffman.

[4] La referencia al uso de la cita de Borges por Foucault estaba incluida en el texto de mi artículo, cit., p. 22.

[5] Ya lo dijo el más ilustre psiquiatra europeo del siglo XX, Henri Ey, pretendiendo defender a la psiquiatría de los ataques de entonces, en una de sus últimas obras: "La psiquiatría y los psiquiatras no sólo dan miedo: su saber, en general, inspira poca confianza. Así sucede por buenos motivos pues su objeto y su razón de ser que es la noción de enfermedad mental sigue siendo oscura y, a falta de un esclarecimiento suficiente, es constantemente controvertida. Pero, al dar la espalda al concepto de enfermedad mental rigurosamente delimitado en un espacio y en la solidez de sus fronteras, el discurso

psiquiátrico se fluidifica y su sentido se evapora; el objeto mismo de la psiquiatría se disuelve al confundirse con cualquier otra cosa“ (traducción mía), H. Ey, Défense et illustration de la psychiatrie, París, Masson, 1978, pp. 35-36. En otras palabras, la “enfermedad mental” es una noción dudosa, pero sin ella, ¿de qué nos ocupamos?, más, ¿quién nos creería?

[6] <www.cms.gov/Medicare/Coding/ICD10/index.html>:

[7] World Health Organization, “The International of Diseases, 11a. rev. 2015”. Incorporado el 21 de junio de 2012.

[8] Que frecuentemente, cuando corresponda, no siempre, escribiremos tachando las palabras, sous rature, como enseñaron a hacerlo Heidegger y Derrida: trastornos mentales, para indicar que NO aceptamos el sintagma aunque lo usamos por su uso generalizado. Escribir sous rature, es sin duda, una forma de la ironía.

---

1. ¿QUÉ ES CLASIFICAR?

[1] La distinción y clasificación de distintas formas de locura arranca con la obra del suizo Paracelso (1493-1541) seguida por la de otro suizo, Félix Plater (1536-1614) y la de los ingleses Jonston y Sydenham en el siglo XVII. La innovación de Boissier y de Linneo consistió en ordenar las enfermedades mentales como entidades naturales similares a las botánicas, trascendiendo la descripción en la búsqueda de una “objetividad científica”. Cf. —¡cuándo no!—, M. Foucault, Historia de la locura en la época clásica en su luminoso capítulo “El loco en el jardín de las especies”, México, FCE, 1967,

pp. 276-325.

[2] R. Pérez Tamayo, Enfermedades viejas y enfermedades nuevas, México, Siglo XXI, 1985, 2a. ed., actualizada, 1998, pp. 15-30. El autor comienza por la clasificación egipcia de las enfermedades (curables e incurables), la griega (según los humores involucrados, uno de los cuatro), la "racional" de Sydenham (1624-1689) y las inspiradas por la taxonomía botánica de Boissier y Linneo, de 1763, anteriores a la Nosografía de Pinel de 1802.

[3] La idea de "alteraciones anímicas" o "mentales" proviene de la antigüedad. Puede leerse en las Disputas tusculanas de M. T. Cicerón (siglo I al II e. c.. — México, UNAM, vol. II, libro III, cap. 1, p. 1, texto bilingüe, traducción de J. Pimentel) 1987, que "la medicina del ánimo no ha sido tan deseada [como la del cuerpo] antes de inventarse, ni tan cultivada después que fue conocida, ni tan grata y aceptable para muchos, e incluso sospechosa para los más". La desconfianza y la oposición nacen, como se ve, casi veinte siglos antes que la especialidad que hoy llamamos "psiquiatría", un término que aparece en 1842 y cuyo uso fue esporádico hasta comienzos del siglo XX, cuando ya se habían vuelto comunes las palabras "psicoanalista" y "psicoterapeuta". El vocablo "neuropsiquiatra" apareció en 1913.

[4] Nada de extraño hay en ello: astrónomo es quien maneja el lenguaje y la nomenclatura que reúne a la corporación. Pero una diferencia esencial subsiste entre las ciencias, incluida la medicina, y la psiquiatría: no hay lugar, por supuesto, para antiastrónomos o para revisiones institucionales de la terminología que deben aprobarse por mayoría de votos o ser sancionadas y modificadas periódicamente por organismos internacionales. Por ejemplo, nadie discute con pasión la clasificación de las enfermedades del aparato digestivo ni se atribuyen motivaciones sospechosas a los gastroenterólogos que las aplican.

[5] R. Pérez Tamayo, op.cit., p. 20.

[6] K. Marx, La ideología alemana, Montevideo, Pueblos Unidos, 1974, p. 32.

[7] Es la prueba más palmaria de la arbitrariedad de las clasificaciones en psiquiatría. Millones de personas que hasta entonces eran trastornados dejaban de serlo por una decisión administrativa aprobada por métodos “democráticos” y no por un resultado surgido de la ciencia o por la acción sanitaria como sucedió cuando se dio por finiquitada la viruela como enfermedad: es que la viruela era una enfermedad en serio y no una construcción prejuiciosa como todos los diagnósticos deseeme. Los psiquiatras gringos se adelantaron así a la batalla que hubiera representado enfrentarse con las organizaciones de gays, batalla que sabían perdida de antemano, que hubiese puesto en peligro no sólo la caracterización trastornada de la homosexualidad sino al conjunto del sistema taxonómico centrado en definiciones igualmente endebles. es divertido pensar que los gays, en ese tiempo, hubiesen podido reclamar para sí que se los tratase en las instituciones asistenciales a costa de los seguros y de las organizaciones caritativas de la salud pública. Buena parte de la iglesia católica está cogida en el mismo dilema de aceptar o rechazar las relaciones consensuales entre gays y lesbianas y llevan adelante una lucha, que saben perdida, en defensa de los valores tradicionales.

[8] R. Pérez Tamayo, op.cit., p. 30.

---

2. MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA Y DE LA CULTURA

[1] Del self caro a Foucault (Le souci de soi, título del tercer tomo de su Historia de la sexualidad) y a los psicoanalistas gringos, concepto ausente en Freud y rechazado por los psicoanalistas lacanianos.

[2] N. A. Braunstein, El inconsciente, la técnica y el discurso capitalista ,México, Siglo XXI, 2012.

[3] J. Henry, Culture against Man, Tavistock, 1966. En español: La cultura contra el hombre, México, Siglo XXI, 1967, trad. de F. G. Aramburu.

[4] M. Foucault, "Historia de la medicalización", Educación médica y salud, 11 (1), 1977, pp. 3-25. Esta segunda conferencia en Brasil sobre la historia de la medicina no fue incluida en la recopilación de Dits et écrits del filósofo francés. Es extraño pues sí se publicó la primera, "Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina", en Dits et écrits II, París, Gallimard, 2001, pp. 40-57.

[5] I. Illich, Medical Nemesis, Londres, Calder & Boyars, 1975, Nueva York, Pantheon, 1976. En español: Némesis médica, México, J. Mortiz, 1978, trad. (mala) de J. Tovar, 1978. La traducción al francés que comentó Foucault apareció el mismo año que la edición inglesa: París, Seuil, 1975.

[6] Id., p. 31, traducción mía.

[7] M. Foucault [1976], "Crise de la médecine ou crise de l'antimédecine?", op. cit.

[8] En medicina las enfermedades son tumorales (sufijo: omas), infecciosas e inflamatorias (sufijo: itis) y degenerativas (sufijo: osis). Neurosis ha de entenderse, en el léxico y según la etimología, como degeneración de los nervios y psicosis como degeneración de la psique. Ese arranque y arraigo en la lingüística y el vocabulario médico nunca dejaron de marcar el campo de la psiquiatría. ¿Qué se gana y qué se pierde al equiparar necrosis y neurosis, cirrosis y psicosis según los significantes dan a entender en su función de engendrar el significado? ¿Nada sucede o es que no se aprecia el salto conceptual cuando se escuchan los diagnósticos de las "enfermedades": neuritis, neuromas y neurosis? El lenguaje, bien se sabe, es la ley de la vida y quienes lo manejan, los técnicos, los taxonomistas, pueden decidir, en el caso de la psiquiatría como en el de los legisladores, la marginalidad de quienes se apartan de la vida "normal" y las sanciones que se aplican a los réprobos. Cuestión de palabras: las palabras producen efectos sobre los cuerpos a los que se aplican. ¿Qué mejores ejemplos (de estigmatización) que las palabras "neurótico", "psicótico", "alcohólico", "drogadicto", "débil mental", etc. En un principio, en el siglo XIX, la neurosis era una enfermedad del sistema nervioso y la psicosis una enfermedad de la psique. Fue más tarde, en el siglo XX, cuando se equiparó la neurosis con lo no orgánico, mental, y la psicosis con la locura, supuestamente por una enfermedad del cerebro cuya patología aún no se conocía pero se acabaría por descubrir. El sentido se había invertido pero los efectos persistían.

---

3. EL DISPOSITIVO DE LA SALUD MENTAL

[1] N. A. Braunstein, El inconsciente, la técnica y el discurso capitalista, México, Siglo XXI, 2012.

[2] M. Foucault, Ornicar? (10), París, Navarin, 1977, p. 65. Reproducido en Dits et écrits, vol. II, París, Gallimard, 1994, p. 301.

[3] Clasificar los dispositivos sería tan imposible como clasificar los objetos de la psiquiatría y por las mismas razones. Foucault nunca se propuso (o se expuso) a hacerlo y se limitó a nombrar a unos cuantos.

[4] M. Foucault [1973], Le pouvoir psychiatrique, op.cit., pp. 86-87.

[5] P. Keown et al., "Association between provision of mental illness beds and rate of involuntary admissions in the NHS in England 1988-2008. Ecological study", BMJ, 2011, julio 5; 343: d3736. doi: 10.1136/bmj. d3736.

[6] M. Foucault, "Il faut défendre la société", Cours au Collège de France, 1976-1977, París, Seuil/Gallimard, 1997. en español: Defender la sociedad, Buenos Aires, FCE, 2000, trad. de H. Pons, horrible desde el título mismo, según puede comprobar quien compare el original, entre comillas, y el de la versión española, sin ellas. En especial habrá que detenerse en la clase del 17 de marzo de 1976, pp. 217-238, centrada en el tema de la biopolítica que utiliza recursos tecnológicos disciplinarios como instrumentos para regular el cuerpo y la vida social de los ciudadanos.

[7] "Psychological evaluation for the Courts, Second edition – A Handbook for Mental Health Professionals and Lawyers – 9.04 Special Sentencing Provisions (b) Sexual Offender Statutes". Guilford.com. Consultado el 19 de diciembre de 2012. <www.nmha.org/go/position-statements/p-36>.

Un documento estremecedor de esta situación del profesional de la mente en los casos de internación compulsiva es el texto publicado en 2005 acerca de las funciones de psicólogos y psiquiatras en los tribunales: <www.guilford.com/cgi-bin/cartscript.cgi?page=etc/courts_updates.html&cart_id=#part_two>.

[8] Consultar la documentación y las opiniones sobre el caso en el periódico Le Monde de París, ediciones del 14 de noviembre, 18 y 20 de diciembre de 2012.

[9] El caso no está saldado pues la encausada, doctora Canarelli, asesorada por el sindicato de psiquiatras, ha apelado la sentencia. La justicia debe emitir su fallo próximamente.

[10] K. Coffman, Accused Gunman's Psychiatrist Sued Over Killings, Medscape News, enero 15, 2013.

[11] R. W. Pies, "Before the bullets fly, can we intervene with troubled adolescents?, Medscape Psychiatry, enero 8, 2013.

[12] M. Foucault [1977, conferencia en Toronto], "El funcionamiento de la psiquiatría moderna está vinculado a la asociación entre locura y muerte que no fue establecida científicamente sino más bien representada de un modo simbólico en la figura de la manía homicida". "The Dangerous Individual", en Politics, Philosophy, Culture, Londres, Routledge, 1990, p. 135. Reproducido en Dits et écrits, vol. II, op. cit., pp. 443-464.

[13] Barack Obama, presidente de Estados Unidos, el 16 de enero de 2013, advirtiendo el peligro pero sin saber cómo enfrentarlo:

“Debemos asegurarnos de que los profesionales de la salud mental conozcan sus opciones para informar de amenazas de violencia aunque reconozcamos que alguien con una enfermedad mental es más posible que sea la víctima de un crimen violento que su perpetrador”.

[14] L. Payer, Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers Are Making You Feel Sick, Hoboken (n.J.), John Wiley & Sons, Inc., 1992, pp. 234-235.

[15] J. M. Andriote, “Legal Drug-Pushing: How Disease Mongers Keep Us All Doped Up”, The Atlantic, 3 de abril de 2012.

[16] D. Antonuccio, D. David Healy, “Relabeling the Medications We Call Antidepressants”, Scientifica Volume 2012 (2012), Article ID 965908. Consultado el 15 de febrero de 2013. <http:// dx.doi.org/10.6064/2012/965908 >.

[17] Nota de actualidad sobre el uso de antidepresivos (British Med. J., 22 de enero de 2013, publicación en línea consultada el 25 de enero). Sostiene un médico general (doctor D. Spence) que los antidepresivos se prescriben con prodigalidad por periodos muy largos y tienen pocos, si es que algunos, efectos benéficos. Las prescripciones –dice– han aumentado en un 10% sólo en el año 2011. Él cita un estudio reciente según el cual, en verdad, solo hay 1 de cada 7 pacientes que estiman beneficioso el resultado. Para este médico, la actual definición del DSM-IV y del inminente DSM-5 que autoriza a diagnosticar “trastorno depresivo” después de dos meses de aflicción (bereavement) es “muy laxa y ocasiona una excesiva medicalización”. Agrega que el 75% de los autores de las definiciones de trastornos del humor tiene vínculos con las compañías farmacéuticas. Tajantemente afirma que “la enfermedad mental es la gallina de los huevos de oro de la industria pues es

incurable, común, prolongada y requiere de múltiples medicaciones y recetas. El nexo con la industria ha impregnado un esquema farmacéutico para tratar la enfermedad mental en lugar de las más efectivas terapias basadas en la palabra".

Un profesor de psiquiatría en Escocia de la Universidad de Aberdeen (doctor I. Reid) objeta a su colega diciendo que hay que ser cautos en ese tipo de afirmaciones porque el aumento de las recetas se debe a un cambio pequeño pero adecuado en la duración de los tratamientos más que a un aumento de los pacientes que las reciben y que en la mayoría de los casos el tratamiento farmacológico de la depresión sí procede. Admite, sí, que las terapias verbales son "por lo menos" tan efectivas como la medicación antidepresiva y que esta última no es una panacea sino tan sólo un elemento disponible para el tratamiento, que puede administrarse simultáneamente con la psicoterapia y que no está siendo recetada de manera abusiva.

Dos opiniones, pues. Aclaración necesaria que aparece al pie de la publicación: el doctor Spence no tiene relaciones financieras que declarar. El doctor Reid informa que ha recibido pagos por conferencias en encuentros y congresos organizados por AstraZeneca y de Sanofi por participar en un consejo consultivo. ¿A quién creerle?

---

4. ¿QUÉ CLASIFICA LA CLASIFICACIÓN?

[1] M. G. Gutiérrez Miras et al, Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud (España), Revisión 2012, pp. 222-226.

[2] P. K. Dalal, y T. Sivakumar, “Moving towards ICD-11 and DSM-5: Concept and evolution of psychiatric classification”, Indian J. Psychiatry,51 (4) 2009, pp. 310-319.

[3] R. L. Gregory, Oxford Companion to the Mind, Oxford (UK), Oxford University Press, 1987.

[4] Lo mismo se comprueba en el Oxford Companion to Philosophy, Ted Honderich (ed.), Oxford, Oxford University Press, 1995, p. 569; allí aparece un artículo con el encabezado Mind, en el cual, en vez de definición, se escribe: “Usted tiene una mente si piensa, percibe o siente. Su mente es como su vida o como su peso (weight), una versión abstracta de una propiedad no problemática (unproblematic)”. (¡?)

[5] J. Searle, “The Mystery of Consciousness Continues”, New York Rev. of Books, LVIII (10), junio de 2011, pp. 50-53. (“Prosigue el misterio de la conciencia”.) J. L. Díaz, La conciencia viviente, México, FCE, 2007. Es la obra más profunda y documentada sobre el tema, un trabajo monumental de más de 600 apasionantes páginas que comienza con palabras autobiográficas: “El enigma de la conciencia ha atareado, intrigado y azorado toda mi vida” (p. 11). El autor no postula una definición y acepta que todas las que fueron propuestas son defectuosas. Se adhiere a una concepción “naturalista” (es decir, no “espiritualista”) y describe las funciones que integran la conciencia en un apartado que se titula, precisamente, “De nuevo, la definición” (p. 59).

[6] Héctor Pérez-Rincón, el destacado psiquiatra mexicano con quien me place coincidir, ha dado una auténtica conferencia magistral titulada “Defensa e ilustración de la psiquiatría”. Salud Mental

(México), 34 (1), 2011, pp. 474-480. Allí evoca la novela de Jules Romains, Knock o el triunfo de la medicina"[1923], en la que un charlatán, que sólo conoce la propaganda de los laboratorios médicos, abre un consultorio y logra un enorme éxito económico convenciendo a los habitantes del pueblo que "Un hombre sano no es sino un enfermo que lo ignora". El adoctrinamiento medicalizante del "doctor Knock" alcanza al fin tal difusión que la historia concluye cuando, a medio día, todos los supuestos futuros enfermos suspenden sus actividades para tomarse, obedientemente, la temperatura rectal. Así es: la gente sufre, "a menudo sin saberlo", de "anormalidades psiquiátricas". Oportunamente retomaremos esa conferencia de Pérez-Rincón.

[7] Nosotros, por nuestra parte, ante las discusiones sobre lo mental, lo espiritual y lo anímico, sostendremos —en lo lexical— que psikhé, la palabra homérica, mantiene su vigencia: no entendemos que haya ninguna ganancia (y sí mucho que perder) al transformarla en "alma", "espíritu", "conciencia" o "mente". Nos negamos a admitir estos nombres que designan entidades abstractas objetivadas. En su lugar insistimos en la existencia material del sujeto, el ser que habla y goza y padece, efecto del significante. Conocemos las maneras de explorar eso que importa, la relación que el sujeto tiene con el lenguaje. El lenguaje es, para cada uno, el inconsciente en su materialidad ("estructurado como un lenguaje") y constituye al cuerpo como cuerpo humano. El lenguaje determina el modo particular de gozar del cuerpo y se manifiesta como subjetividad del ser en la vida social, es decir, en su relación con el Otro. Del sujeto (a diferencia de la "mente" o de la "conciencia") sí podemos dar definiciones aunque hacerlo aquí nos apartaría de las metas de este escrito. Por comodidad recurrimos a psique y sus derivados lingüísticos sin conferirle sustancialidad, sin hacer de ella un "ente" que puede "estar sano o enfermo", "ser normal o anormal". Su materialidad es la del sujeto inmerso en un mundo humano, es decir, "lenguajero" (a no confundir con "lingüístico"). La subjetividad no podría tener ni trastornos ni enfermedades. Por eso las tachaduras que practicamos al tropezar con esos falsos nombres de "entidades" sin identidad.

[8] Es clásico recurrir a definiciones “operacionales” del tipo de “Inteligencia es lo que miden las pruebas de inteligencia”. Con esa definición se la puede luego evaluar más o menos científicamente en términos de “mucho-poquito-nada” según las “cantidades” de respuestas correctas.

[9] Mejor, que sean manejados por ella. Se les atribuye la condición de “expertos” cuando pueden demostrar que la conocen y la aplican. Si no, son “ignorantes” de la herramienta fundamental de su “expertise”, por lo tanto, están fuera de la corporación.

[10] En nuestro texto de 1980 señalábamos que era confuso referirse al “modelo médico” de la enfermedad pues el así nombrado “modelo” no corresponde con la práctica de la medicina como arte y técnica con instrumentos científicos para enfrentar el sufrimiento. Criticábamos entonces la antipsiquiatría con una frase lapidaria: “La antipsiquiatría confunde el modelo médico con el veterinario y hacia él dirige sus críticas” (p. 32). La antipsiquiatría ha muerto hace décadas pero la psiquiatría oficial insiste en considerar a sus trastornados con un modelo veterinario y trata lo “mental” (lo transubjetivo) como si se tratase de personas con órganos enfermos a los que se podría reparar con recursos mecánicos.

---

5. CRÍTICA A LAS DOS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES EN PSIQUIATRÍA

[1] Textualmente: Diagnostic and Statistical Manual. “The DSM, including DSM-IV, is a registered trademark ® belonging to the American Psychiatric Association (APA)”.

[2] ¡Vaya concepto gracioso y qué frecuentemente aparece en el vocabulario “psi”! Según la sabia definición que encontramos en la red: “Disfuncional es aquello que no funciona como corresponde, que no cumple adecuadamente su fin, por alguna alteración física, química o conductual. Son muchas las cosas que pueden padecer disfunciones. Así puede suceder con un organismo vivo (en el cumplimiento de sus funciones vitales), en una máquina, en una familia, en un matrimonio, etcétera. En biología hablamos de disfunción eréctil cuando un individuo del sexo masculino no puede concretar relaciones sexuales por la falta de erección de su miembro viril. Una disfunción neuronal es la causa de enfermedades como el Alzheimer, que a su vez provoca disfunciones cognitivas”, <http://deconceptos.com/general/disfuncional#ixzz2H20hwQx1>, 12 de enero de 2013.

[3] La coincidencia entre la publicación de mi texto referido ya y la aparición del DSM-III ® es notable y me complace señalarla pues fue justamente en ese año 1980 cuando el debate sobre las clasificaciones en psiquiatría se volvió motivo de escándalo. El DSM-I de 1952 y el DSM-II de 1969 aparecieron sin despertar objeciones. En cambio, el DSM-III, llamado desde su presentación “la Biblia de la psiquiatría”, fue objeto de encendidas polémicas que no han cesado de acrecentarse hasta la actualidad, en vísperas de la presentación del DSM-5 ®. Es forzoso señalar que la oposición a este nuevo engendro taxonómico cubre un territorio mucho mayor que el de estados Unidos. Concretamente muchos de los más connotados psiquiatras y psicoanalistas de Francia se han manifestado públicamente y argumentado su rechazo en términos contundentes: Pour en finir avec le carcan du DSM, Toulouse, Érès, noviembre de 2010. Igualmente la British Society of Psychology, en nombre de sus 50 000 adherentes y en respuesta a un pedido de comentarios por parte de la Asociación Psiquiátrica norteamericana, se expidió manifestando su repudio: The future of Psychiatric Diagnosis. Response to the American Psychiatric Association, junio de 2012. En el British J. of Psychiatry, órgano de la Sociedad Inglesa de Psiquiatría, puede consultarse una cantidad creciente de

artículos criticando en todo y en cada una de sus partes al DSM-5.

[4] La razón del ensamble “retraso mental / trastorno de la personalidad” es clara en su aparente disparidad. En el primer eje se incluye a las enfermedades psiquiátricas junto a las propias de la medicina; en el segundo, la “debilidad mental” y los “trastornos de la personalidad”, que no cabe considerar como enfermedades sino como apartamientos de la norma (intelectual en un caso, conductual en el otro) pero a los que no se renuncia como espacio (o mercado) para la intervención del psiquiatra o del técnico psi.

[5] Desde ya puede adelantarse que el caos continuará y se acrecentará. Basta con leer lo escrito por uno de sus expertos: N. Gaebel, “Status of Psychotic Disorders in ICD-11”, Schizophrenia Bulletin, Oxford, Oxford University Press, 38 (5), pp. 895-898, 2013.

[6] Corresponde aclarar la “inocente” maniobra de la letrificación y la numeración de los ítems en orden sucesivo: a), b), c) …, n) como en Borges o F y dos dígitos como en el DSM. Aun si la cita sea larga conviene copiar aquí el índice de los diagnósticos según la publicación oficial: Clasificación de los Trastornos Mentales en la Guía Latinoamericana de Trastornos Psiquiátricos (En adelante, Guía -México, Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2004.) El índice (p. 6) (il catalogo e questo) se resume así:

A. Introducción

B.Lista de Categorías Diagnósticas

C. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones, criterios diagnósticos y anotaciones:

F00-F09: Trastornos mentales orgánicos, incluyendo los sintomáticos.

F10-F19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas.

F20-F29: Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delusivos.

F30-F39: Trastornos del humor (Afectivos).

F40-F48: Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés, y trastornos somatomorfos.

F50-F59: Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.

F60-F69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.

F70-F79: Retraso mental.

F80-F89: Trastornos del desarrollo psicológico.

F90-F98: Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia.

Pero hay más:

D. Códigos adicionales:

F99: Trastorno mental, no especificado en otro lugar

E. Códigos complementarios:

F. Síndromes culturales latinoamericanos.

La ordenación de las letras y los números en la Guía-Catálogo-Manual crea la idea de una serie, de un continuo, donde se distribuirían objetos más o menos homogéneos. La sucesión ordenada de números y letras oculta los pasajes insensibles del terreno de la biología al del psicoanálisis, al del discurso jurídico-político, al antropológico, al sociológico, etc. Se crea la impresión de que hay una continuidad entre los referentes y que hay algo en común que puede ligar, digamos, al retraso mental, a los "trastornos del comportamiento y de la personalidad", a los trastornos neuróticos, a la demencia, al Alzheimer, al uso de marihuana, al duelo después de una pérdida, a la "disfunción autonómica somatomorfa" (antes histeria de conversión), etc. La máxima comicidad (involuntaria) se alcanza, como era de prever, cuando se

llega a los “síndromes culturales latinoamericanos” a los que se atribuyen o recomiendan números del tipo de “F48.8” para el “ataque de nervios” (Puerto Rico). Patricia Gherovici encontró, justamente en el DSM de Estados Unidos, este diagnóstico definido como “culturally bound” y le dedicó un lúcido ensayo El síndrome puertorriqueño, México, Siglo XXI, 2010, traducción de la autora. En esa obra se desnudan los prejuicios descalificadores que subyacen a este diagnóstico aplicado en principio a los soldados puertorriqueños que volvían de la guerra de Corea, extendido luego a las puertorriqueñas que discuten apasionadamente sus conflictos familiares y, finalmente, eliminado del DSM-IV para calmar las acusaciones de racismo.

[7] La definición es diáfana. Juzgue el lector la cita textual y pregúntese si no es, él mismo, un esquizofrénico: “Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan, en general, por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia, como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales”, GLADP, op. cit., p. 131. La definición anterior va seguida de una aclaración sobre el “contexto esquizofrénico”: “Las manifestaciones esquizofrénicas no se presentan como “manchas negras” sobre un fondo blanco. El psiquismo total del paciente suele estar afectado de manera tal, que los síntomas “clave” para el diagnóstico transcurren sobre un fondo de rarezas, extravagancias y manifestaciones menores que, aunque insuficientes por sí solas para formular ese diagnóstico, completan la gestalt esquizofrénica. Con otras palabras, las manifestaciones sui generis por las cuales se establece el diagnóstico de esquizofrenia, no suelen aparecer en el contexto de una personalidad por lo demás normal, sino en el conjunto de esas otras alteraciones más sutiles a las que llamamos “contexto esquizofrénico”. Está claro: la esquizofrenia se diagnostica por la gestalt esquizofrénica aunque los datos no alcancen por sí solos para formular ese diagnóstico pues habrá que tener en cuenta el contexto esquizofrénico.

[8] Textual: “F21. Trastorno esquizotípico: Trastorno caracterizado por comportamiento excéntrico y anomalías del pensamiento y del afecto, que se asemejan a los observados en la esquizofrenia, aunque en ninguna etapa aparecen anormalidades características y definitivamente esquizofrénicas. Entre sus síntomas puede haber afecto frío o inapropiado, anhedonia, comportamiento peculiar o excéntrico, tendencia al aislamiento social; ideas paranoides o estrafalarias, que no alcanzan a ser verdaderas delusiones; cavilaciones obsesivas; trastornos del pensamiento y perturbaciones de la percepción; episodios cuasi psicóticos transitorios ocasionales, con intensas ilusiones, alucinaciones auditivas o de otra índole e ideas seudodelusivas, todo lo cual ocurre habitualmente sin mediar provocación externa alguna. No hay comienzo definido y su evolución y curso por lo común es la de un trastorno de la personalidad” (id., p. 141. Todas las cursivas son mías).

[9] Textual, p. 155 (se ruega contener la risa): “Hay al menos 15 trastornos del humor, colocados en otras secciones que el clínico debe revisar para completar las posibilidades diagnósticas de la condición clínica del paciente. Estos quince trastornos del humor que no se incluyen allí, se encuentran dispersos en siete secciones (clases) distintas, que pueden identificarse fácilmente prestando atención a los dos primeros caracteres del código del trastorno de que se trate. Muchos de esos trastornos son de una frecuencia considerable en la práctica clínica”.

[10] “—Señor, escoja, o angustia o depresión. ¿Qué es eso de las dos cosas juntas?” Pero, eso sí, se justifica la lucrativa receta simultánea de un “ansiolítico” y un “antidepresivo”.

[11] Francisco Ferrández Méndez, “Del diagnóstico a la demanda: asistencia, conocimiento y enfermedad mental”, Teoría y crítica de la psicología 3, 2013, pp. 63-80.

[12] H. Pérez-Rincón [2011], “Defensa e ilustración de la psiquiatría”, op. cit., p. 475.

[13] A. Frances, “Price Gouging: Why will DSM-5 cost $199?”. Psychology Today, enero 23, 2013. El DSM-III (1980) costaba 25 dólares, el DSM-IV (1994), 65; la edición revisada de éste, con mínimos cambios (2000), 85. Los DSM no son sólo libros que se registran con un ISBN y se indican con un ©. Son marcas comerciales que están registradas como tales con su ®. Textualmente: ‘The DSM, including DSM-IV, is a registered trademark belonging to the American Psychiatric Association (APA)”. Nadie podría escribir o utilizar un “DSM-5I” sin violar las leyes comerciales.

[14] A. Frances, “DSM-5 in Distress”, Psychology Today, diciembre 12, 2012.

[15] N. Ghaemi, “DSM-5: If You Don’t like the Effects, Look at the Causes. The Problems of DSM-5 were caused by DSM-III and DSM-IV. Psychology Today enero 9, 2013.

[16] N. Ghami, DSM-5 is approved: Understanding cause and effect”, Psychiatry / Mental Health. Jan. 15th, 2013.

---

6. LA FUNCIÓN SOCIAL DE LA PSIQUIATRÍA EN EL DISPOSITIVO PSI

[1] P. K. Dalal y T. Sivakumar, op. cit.

[2] ¿No llevaría esta salvedad (“a diferencia del resto”) a preguntarse si la psiquiatría es, de derecho y no sólo de hecho, una “rama de la medicina” y cuáles son sus títulos o sus pretensiones para injertarse en ese árbol?

[3] En el ambiente mexicano, donde la psiquiatría “organicista” parece monolítica, destaca la producción de Héctor Pérez-Rincón, quien lamenta la regresión en el campo psiquiátrico en donde él mismo se ubica diciendo: “La psiquiatría contemporánea, sobre todo la de influencia anglosajona, olvidó pronto los cuadros de la nosología clásica y los echó, como tantos otros, del restringido cuadro del DSM-III […] Es curioso que los múltiples críticos que la psiquiatría ha tenido en los años recientes no se hayan ocupado del esquematismo empobrecedor de estas clasificaciones que se extienden por doquier”, H. Pérez-Rincón, Eros y psiqué, México, Editores de Textos Mexicanos y UNAM (2a. ed.), 2006, p. 46.

[4] Voltaire [1764], “Folie”, en Dictionnaire philosophique, París, Flammarion, 1964, pp. 196-198.

[5] M. Foucault [1954], Maladie mentale et personnalité, París, PUF. En español: Buenos Aires, Paidós, 1961, trad. E. Kestelboim.

[6] M. Foucault, Histoire de la folie à l’âge classique, París, Gallimard, 1964, Historia de la locura en la época clásica, trad. al español de J. J. Utrilla, México, FCE, 2 tomos, 1967.

[7] Entre los específicamente dedicados a nuestro tema: Le pouvoir psychiatrique [1973-1974] (2003), Les anormaux [1974-1975] (1999), Il faut défendre la société [1975-1976] (1997, op. cit.),

Naissance de la biopolitique [1978-1979] (2004), Du gouvernement des vivants [1979-1980] (2012), L'herméneutique du sujet [1981-1982] (2001), todos editados en París por Gallimard-Seuil y múltiples escritos y conferencias que se encuentran reunidos en 3 400 páginas de Dits et Écrits, 1954-1975 (vol. I) y 1976-1988 (vol. II), París, Gallimard, 2001. Los cursos aparecen publicados en español en distintas fechas y por distintos traductores en Buenos Aires, FCE de Argentina. Cf. también, M. Foucault, El poder, una bestia magnífica, Buenos Aires, Siglo XXI, 2012, edición al cuidado de e. Castro.

[8] M. Foucault [1975], Les anormaux, op. cit., pp. 150 y 151.

[9] El DSM-III de la Asociación Norteamericana (American) enumeraba ya 292 "diagnósticos".

[10] M. Foucault, Les anormaux. Cours au College de France. 1974-1975, París, Gallimard-Seuil, 1999. Especialmente la clase del 12 de febrero de 1975, pp. 147-151, que merecería ser reproducida íntegramente y no sólo parafraseada como lo haremos aquí.

[11] Se vuelve hoy a la idea del monstruo, del loco peligroso al que hay que controlar como hace 150 años. Wayne Lapierre, portavoz de la Asociación Nacional del Rifle (NRA) de Estados Unidos declaró en una muy difundida conferencia pronunciada el 21 de diciembre de 2012: "La verdad es que nuestra sociedad está poblada por un número desconocido de monstruos genuinos, gente tan trastornada, tan mala, tan poseída por voces y poseída por demonios que ninguna persona sana podría jamás entenderlos. ¿Cómo podemos siquiera figurarnos cuántos son, dado el rechazo de nuestro país a crear una base de datos nacional de los enfermos mentales?" Ann Coulter fue más tajante: "Las armas no matan a la gente. Son los enfermos mentales quienes lo hacen". Por nuestra

parte comprobamos que nada es más fácil que montar una empresa de “histeria colectiva” manipulando a los medios. Los anormales no tienen lobis que los defiendan. Para la mentalidad convencional, crédula y asustadiza, la enfermedad mental es sinónimo de violencia, criminalidad y perfidia. Se hace creer a una población atemorizada que el control de la gente “trastornada” es una manera de prevenir actos de “locos sueltos” y que hay que controlar, medicar y eventualmente encerrar a los enfermos peligrosos para “proteger a la sociedad”.

[12] M. Foucault [1975], Les anormaux, op. cit., pp. 294-296.

[13] Al redactar estas líneas los periódicos del mundo anuncian la buena nueva: se han descubierto las bases genéticas de los cinco trastornos psiquiátricos más difundidos: el trastorno del espectro autista, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor y la esquizofrenia, todos ellos compartiendo factores de riesgo genético comunes. C. Cassels, “Five Major Psychiatric Disorders Genetically Linked”, Medscape Medical News. Psychiatry, 27 de febrero de 2013. La lectura del artículo, como la de tantos similares publicados en los últimos treinta años, muestra una colección de usos de los verbos en tiempos subjuntivos, potenciales, would'a, should'a, could'a (sería, podría, hubiera) que muestran los deseos de los autores de este estudio “mayor” e internacional que no puede inscribir ningún dato objetivo de prueba de las presunciones establecidas.

[14] Proponemos un ejemplo ejemplar (sin pleonasmo): las palabras del antes zar y hoy prócer de la psiquiatría mexicana, Ramón de la Fuente Muñiz (1921-2006), en 1997: “Las psicosis funcionales han dejado de serlo por la identificación de defectos estructurales y moleculares en el cerebro de quienes las sufren. Por razones similares, las neurosis han desaparecido de las clasificaciones psiquiátricas. El desarrollo psicológico del niño no se examina en términos metapsicológicos sino neurobiológicos y de psicología

cognoscitiva. Los criterios terapéuticos han cambiado sustancialmente. Así, los estados de pánico son tratados con éxito mediante fármacos, y también lo es la enfermedad obsesiva cuyas bases genéticas y moleculares han sido establecidas. Si bien las depresiones ligeras pueden ser tratadas con éxito por medios psicoterapéuticos, en los casos severos la farmacoterapia es más efectiva", en "Hacia un nuevo paradigma en la psiquiatría", Salud Mental, V, 20 (1), México, 1997, pp. 2-7. Citado por H. Pérez-Rincón, El teatro de las histéricas, México, FCE, 1998/2011, p. 97.

[15] "Genetic factors and mental disorders", Encyclopedia of Mental Diseases, 21 de octubre de 2010, consultado el 26 de enero de 2013. Como crítica de posibles exageraciones, cf. J. M. Grohol, (2009), "Chasing the genetic ghosts of mental illness", Psych Central, consultado el 26 de enero de 2013.

[16] M. Foucault [1974], Lepouvoirpsychiatrique. Cours au College de France —1973-1974, París, Gallimard, 2003, pp. 220-221.

[17] A. Frances, "Mislabelling Medical Disease as Mental Disorder", Psychology Today, Jan. 16th, 2013 y T. Boulard, 'Turning Straw into Gold", Psychology Today enero 17, 2013.

[18] M. Foucault [1974], Lepouvoirpsychiatrique, op. cit, p. 270.

ÍNDICE

CRÉDITOS

PRÓLOGO

1. ¿QUÉ ES CLASIFICAR?

2. MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA Y DE LA CULTURA

3. EL DISPOSITIVO DE LA SALUD MENTAL

4. ¿QUÉ CLASIFICA LA CLASIFICACIÓN?

5. CRÍTICA A LAS DOS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES EN PSIQUIATRÍA (CIE DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y DSM DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE ESTADOS UNIDOS)

6. LA FUNCIÓN SOCIAL DE LA PSIQUIATRÍA EN EL DISPOSITIVO PSI